

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa   | American Heart Of Poland  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ustroń, 43-450, UL. Sanatoryjna 1   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 327604600   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 72347621  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Polsko - Amerykańskie Kliniki Serca Centrum Sercowo - Naczyniowe w Augustowie |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300, ul. M.Konopnickiej 11                                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 876438355   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   | 23.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   | 05.08.2021   |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa   | Holmed Uzdrowisko Sp. z o.o.  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1                                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 857222122   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 364736615   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Holmed Uzdrowisko Sp z o.o. Szpital Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowy            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1                                    | <b>X</b>                                |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 85 72 22 122, 85 72 22 123  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 23.04.2021                              |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   | 31.03.2022                              |  |   |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa   | Biavita Polska S.A.                             |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-097, ul. M. Skłodowskiej-Curie 14 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 856534527                                       |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 659414  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowiskowe Augustów                | <b>X</b>                                |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300, ul. Zdrojowa 3/5/7            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 876432871                                       |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   | 23.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   | 31.05.2021   |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa   | Szpital Ogólny im.Witolda Gineła w Grajewie     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo, 19-200, ul. Konstytucji 3 Maja 34      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                       |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 450666822                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji                           |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo, 19-200, ul. Konstytucji 3 Maja 34      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 862723271 w.289                                 |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |  | 29.04.2021  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  | 31.03.2022  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Dział Fizjoterapii                              |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo, 19-200, ul. Konstytucji 3 Maja 34      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 86 211 91 73                                    |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |  |   | 11.03.2022   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   | 31.03.2022   |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|--|---|--|---|--|--|
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 875662233  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 875662233  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacyjny  |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 875662233  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   | 29.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   | 31.03.2022   |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Dział Fizjoterapii i Diagnostyki Zabiegowej                                      |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 875662233  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  | 20.05.2021  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  | 31.03.2022  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział dzienny rehabilitacji  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 875662233  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  | 21.03.2022  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  | 31.03.2022  |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|--|---|--|---|--|--|
| nazwa   | Szpital Wojewódzki im.Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, ul. Al. Piłsudskiego 11                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 864733900  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 450665024  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji  |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   | 29.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   | 31.03.2022   |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej                        |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   | 29.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   | 31.03.2022   |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej                         |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   | 29.04.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   | 31.03.2022   |   |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 856829183   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 50582500  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Leczniczej                          |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 85 682 92 98  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |  | 11.05.2021  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   | 31.03.2022   |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Gabinet fizjoterapii dla pacjentów po przebytych COVID-19 |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 856829146   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   | 27.05.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   | 31.03.2022   |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa   | E. & B. Falkowscy s.c.                                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. 11 Listopada 14          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 857121360   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 50329439  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Dział (pracowania) fizjoterapii                           |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300 ,ul. Zarzecze 17 B                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 534009398   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   | 11.05.2021   |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   | 31.03.2022   |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | Zespół rehabilitacji domowej  |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300 ,ul. Zarzecze 17 B                                   |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 534009398   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  | 11.05.2021  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 31.03.2022  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Dąbrowie Białostockiej |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. M.C. Skłodowskiej 15                 |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 867123317   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 50583037  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii  |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. M.C. Skłodowskiej 15                 |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 71 23 340  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   | 20.05.2021   |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   | 31.03.2022   |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Euro-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy, 43-100, ul. Zgrzebnioka 22                                     |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 877123317   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 661227758   |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Zespół Rehabilitacji Domowej  |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-270, ul. Wojskowa 4                                     |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 661907800   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  | 20.05.2021  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 23.06.2021  |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | Zespół Rehabilitacji Domowej                                 |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki, 19-104, ul. Wyzwolenia 16                             |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 661907800  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                  |   |  | 20.05.2021  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  | 23.06.2021  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku                |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. M. Skłodowskiej – Curie 24A, 15-276 Białystok |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 858318335  |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 288610   |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii                                       |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. M. Skłodowskiej – Curie 24A, 15-276 Białystok |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 831 83 15   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                  |   | 27.05.2021   |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   | 31.03.2022   |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Caritas Diecezji łomżyńskiej                                 |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybaki 1, 18-400 Łomża                                       |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 862166117  |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 40102838   |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Dział Fizjoterapii   |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybaki 1, 18-400 Łomża                                       |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 862166117  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                  |   | 08.06.2021   |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   | 31.03.2022   |   |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa  | NZOZ Centrum Medyczne VITA MED Bożena Halina Zawadzka   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok ul. Antoniukowska 11 lok. V, 15-740 Białystok   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 856537785   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 50301406  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | Dział Fizjoterapii  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok ul. Antoniukowska 11 lok. V, 15-740 Białystok   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 85 653 77 85  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |   |  | 08.06.2021  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  | 31.12.2021  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy, ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 858142438   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 50644804  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | Dział Fizjoterapii  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy, ul. Piaskowa 9, 18-100 Łapy   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 603804100   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |   |  | 11.06.2021  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  | 31.03.2022  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony Im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 857488500   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 50657729  |   |  |   |  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej  |                                  | <b>X</b>  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok                              |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 74 88 425  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  | 29.11.2021  |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  | 31.03.2022  |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Centrum Medyczne VITAMED Zawadzka & Sławiński Spółka Jawna                            |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok ul. Antoniukowska 11 lok. V, 15-740 Białystok                               |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 856537785   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 50301406  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Dział Fizjoterapii  |                                  |   | <b>X</b>   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok ul. Antoniukowska 11 lok. V, 15-740 Białystok                               |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 653 77 85  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   | 01.01.2022   |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   | 31.03.2022   |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | Krzysztof Szarejko  |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. Warszawska 79, 15-201 Białystok  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 857431815   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 50460122  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej |                                  |   | <b>X</b>   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. Warszawska 79, 15-201 Białystok  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 743 18 15  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   | 15.02.2022   |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   | 31.03.2022   |   |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą<br>w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w warunkach<br>domowych | podmiot realizujący<br>świadczenia rehabilitacji<br>psychiatrycznej |
|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii  |                                     |   | <b>X</b>  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski, ul. Adama Mickiewicza 104,<br>17-100 Bielsk Podlaski |                                     |   |   |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 690018200   |                                     |   |   |   |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                     |   | 15.02.2022  |   |   |