Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

## Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony: | 86 272 32 71 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666822 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 86 272 32 71 wew. 289 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 691 473 228 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | **M** - 1 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 473 228 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | od 20.05.2021 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | **X** | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 272 32 71 wew. 289 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | rodzaj realizowanych świadczeń | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE** | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | |
| telefon/ telefony: | 87 644 42 84 | | |
| identyfikator REGON | 790317038 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | | | | | **X** | | |
| telefon/ telefony | 87 64 44 200 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | **X** | | | | | **S** | |
| telefon/ telefony | 87 644 42 66 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 682 92 02 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050582500 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z LECZENIEM COVID-19 | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606 996 889 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 682 90 36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 682 92 47 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 606 996 889 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 13.10.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | POKOJE GOŚCINNE BPN | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOWIEŻA, 17-230, PARK PAŁACOWY 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 566 047 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 833 43 30 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050584924 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM | | x | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 536798345 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 833 27 50 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | HOTEL CZTERY PORY ROKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 655 05 54 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 562 94 21 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790319362 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60 | | X | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 533 340 151 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 87 562 92 61 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE I MIKROBIOLOGICZNE, SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 562 93 40 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY | | | | | | | | II / III - do 30.06.2021<br>II od 01.07.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450665024 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z PODODDZIAŁEM OBSERWACYJNO- ZAKAŹNYM DZIECIĘCYM | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3*** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ OKULISTYCZNY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII CIĄŻY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ NOWORODKÓW I WCZEŚNIAKÓW Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII NOWORODKA I INTENSYWNEJ OPIEKI | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 34 42 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 9* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 35 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKEJ-CURIE 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 86 47 33 510; 86 47 33 291 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU** | | **II / III - do 30.06.2021**<br>**II od 01.07.2021** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | |
| telefon/ telefony: | 85 831 83 35 | | |
| identyfikator REGON | 000288610 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 85 831 83 40 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-514, Żurawia 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 578 223 304 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROCHIRURGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 861 8221 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| , | KLINIKA CHIRURGII NACZYŃ I TRANSPLANTACJI | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8277 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KLINIKA KARDIOCHIRURGII Z BLOKIEM OPERACYJNYM | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8464 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROLOGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8326 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | KLINIKA HEMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM CHORÓB NACZYŃ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8230 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 1 | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | (1) | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 06.04.2021 | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | od 05.07.2021 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SEKCJA TRANSPORTU | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 80 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | od 20.10.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM" | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WASILKÓW 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (85) 718 52 40 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | od 15.10.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 2 | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-369 BIAŁYSTOK UL. WOŁODYJOWSKIEGO 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 530 452 070 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 27.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 14.05.2021 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 22.10.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 745 05 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001406394 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 745 06 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | (1) | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, UL. WASZYNGTONA 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | do 10.06.2021 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 745 07 47; 85 745 05 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W SUWAŁKACH** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 566 22 68 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 791001627 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | **1** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH | | | | | | | **M**- 1 zespół |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 216 62 15 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450192689 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | **1** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY | | | | | | | (**M-** 3 do 19.05<br>1 od 20.05) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | od 05.07.2021 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | |
| telefon/ telefony: | 85 663 73 01 | |
| identyfikator REGON | 50622576 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | **2** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | **M-** 5 - do 19.05<br>4 - od 20.05<br>2 - od 05.07<br>4 (łącznie)- od 18.10 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO | | | | | | | | IV do 31.05.2021/ III od 01.06.2021 do 30.06.2021/ I od 09.07.2021 - 2 łóżka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 47 710 41 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050637922 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII | | (x) | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 21 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 07.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOLOGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 53 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z LECZENIEM COVID-19 | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHIRURGII OGÓLNEJ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJI | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 37 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ UROLOGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 30 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 40 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| nazwa: | **STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | |
| telefon/ telefony: | 600 100 406 | |
| identyfikator REGON | 451201479 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | **(2 - do 10.06 1 - od 11.06)** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | od 05.07.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA" | | | | | | | **M- 2 - do 10.06 1 - od 11.06** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH** | | | | | | | | **II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 07.10.2021 II od 08.10.2021** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 517 23 14 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790317340 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH | | **X** | | | | | **S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | POGOTOWIE RAUNKOWE W SEJNACH | **(1)** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | do 10.06.2021 | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O. | | | | | | | | II do 07.06.2021 I od 08.06.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 276 36 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451153332 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O. | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 276 36 32 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 276 36 32 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM** | | | | | | | | **I do 09.04.2021 II od 10.04.2021 I od 08.06.2021 do 12.10.2021 II od 13.10.2021** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 477 55 01 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666236 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | **X** | | | | | **S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 188 828 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 477 55 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 14.10.2021 II od 15.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 278 23 50 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450667610 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | X | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 607 690 219 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 86 278 24 24 w. 321, 301 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | od 20.05.2021 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 10.10.2021 II od 11.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 655 28 25 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653482 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 655 28 25 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 655 22 00 w. 312 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE | | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 18.10.2021 II od 19.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 722 04 63 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653170 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 583 455 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 722 05 41 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ** | | | | | | | | **I** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 712 12 06 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50583037 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ | | **X** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 712 12 06 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA | | | | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 712 12 06 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH | | | | | | | | I do 02.04.2021 II<br>od 03.04.2021 do 23.05.2021 I<br>od 24.05.2021 do 21.10.2021 II<br>od 22.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 668 877 590 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50652956 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 81 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | CENTRALNA IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 81 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘRZNYCH Z ŁÓŻKAMI INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85 727 81 60 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 81 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 03.04.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 23.05.2021 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 716 70 26 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 716 70 26 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 91 70 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 748 85 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50657729 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 115-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601055705 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 748 81 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU; ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE** | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 664 68 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50657379 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85 831 85 84 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 664 67 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 664 67 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, UL. M. SKŁODOWSKIEJ - CURIE 23 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ, UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH** | | | | | | | | **II do 06.06.2021 I od 07.06.2021 do 10.10.2021 II od 11.10.2021** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 814 24 38 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50644804 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 814 24 16 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 814 24 16, 66 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | od 19.10.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY | | | | | | | | III do 30.06.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 719 10 91 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50580458 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY Z PRACOWNIĄ ELEKTROENCEFALOGRAFICZNĄ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNOMOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | rodzaj realizowanych świadczeń | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK** | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79 | | |
| telefon/ telefony: | 85 664 85 19 | | |
| identyfikator REGON | 50653482 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 664 85 19 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 664 85 16 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **EWA KONOPELKO - ŚLIŻEWSKA** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 505 128 840 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 550058380 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Gabinet stomatologiczny | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14 BUD. G GAB. 14 | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 505 128 840 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | 05.07.2021 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **ASP-HALT SP. Z O.O.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA , 02-013, UL. WILLIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 791 554 400 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 361709977 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-668 , UL. Upalna 1A | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 511 091 639 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-016 , UL. Złota 5 | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 511 091 631 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-402 , UL. Tadeusza Kościuszki 71 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511 091 619 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | **(M) 4** - do 03.05.2021 **2** - od 04.05.2021 do 10.06.2021 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400 , ul. Tadeusza Kościuszki 71 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | do 10.06.2021 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-740 , ul. Antoniukowska 25 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 506010338 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-703 , ul. Jana Pawla II 47 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512119380 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-513, UL. OLSZAŃSKA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 122950151 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-864 , UL. ŻEROMSKIEGO 1B LOK. 12A | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 663 687 583 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-245 , UL.Słoneczna 1 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 663 687 583, 663 681 339 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | M-MEDICA M. Brzeski, K. Ostrowski S. C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349 , UL. ŚW. JERZEGO 43/20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 606979103 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366814377 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | M-MEDICA M. Brzeski, K. Ostrowski S. C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349 , UL.SŁAWIŃSKIEGO 4 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUWAŁKACH | | | | | | | | III do 30.06.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZPITALNA 62, 16-400 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 562 64 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790244055 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZPITALNA 62, 16-400 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 562 64 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | LUXURY MEDICAL CARE SP. Z O.O. S.K. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SŁOMIŃSKIEGO 17/47, 00-195 WARSZAWA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 665 25 25 25 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142168420 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. KORCZAKA 10, 15-196 BIAŁYSTOK | **3** - do 03.05.2021<br>**2** - od 04.05.2021 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665 25 25 25 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | od 20.05.2021 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349, UL. ŚWIĘTEGO JERZEGO 43/20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 500-560-748 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 387162642 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Malmeda 3, Białystok | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 608-775-796 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349, UL. ŚWIĘTEGO JERZEGO 43/20 | **(1)** | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500-560-748 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | od 04.05.2021 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **FALCK MEDYCYNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. JANA OLBRACHTA 94, 01-102 WARSZAWA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 225359101 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015755741 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-016 BIAŁYSTOK, UL. ZŁOTA 5 | | | | | | | **M-** 2 zespoły | |
| telefon/ telefony | 511 091 631 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | od 20.05.2021 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK,15-017 , UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 02 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 365285623 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | **S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-017, UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 1B | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 880521948 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

Załączniki do zarządzenia Nr 164/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 8 października 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **HOLMED UZDROWISKO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 857222122 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 364736615 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SZPITAL** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1 | | **X** | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 857222122 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | od 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | do 20.05.2021 | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu / w odniesieniu do dentobusu rozumiane jako miejsce stacjonowania dentobusu
** liczba zespołów w danym miejscu

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)