Załączniki do zarządzenia Nr 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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**								**II**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34								
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							**S**	
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									

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		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34								
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						**X**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12								
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		**X**					**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12								
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	**1**							
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									
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1		**x**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1						X		
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									
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									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**rodzaj realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY**								**II / III - do 30.06.2021** **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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		**X**						
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							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11								
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** **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		X					S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A								
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14		X						
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14						X		
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A	(1)					X		
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A					**X**			
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A	**(1)**							
telefon/ telefony	85 831 80 00								
Data dodania do wykazu		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu		do 10.06.2021							
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"								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94								
telefon/ telefony	(85) 718 52 40								
Data dodania do wykazu									
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-369 BIAŁYSTOK UL. WOŁODYJOWSKIEGO 1		**X**						
telefon/ telefony	530 452 070								
Data dodania do wykazu			27.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu			14.05.2021						

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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17						**X**		
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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI							**M-** 1 zespół
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 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 4 - od 20.05 2 - od 05.07
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 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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							

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.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3		**X**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3						**X**		
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.								
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									

Załączniki do zarządzenia Nr 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5		**X**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5						**X**		
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									

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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69	**1**							
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8		**X**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8						**X**		
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.								
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									

Załączniki do zarządzenia Nr 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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**
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40		**X**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40						**X**		
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									

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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15						**X**		
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 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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 od 03.04.2021 do 23.05.2021 I od 24.05.2021**
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9		**X**					**S**	
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9						**X**		
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						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12								
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.					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								

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					X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, UL. M. SKŁODOWSKIEJ - CURIE 23							
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		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu		od 20.05.2021							

Załączniki do zarządzenia Nr 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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 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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1		X						
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1		X						
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1						**X**		
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.							**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Białystok, 15-016 , UL. Złota 5							
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 **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 152/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 13 września 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)