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/III - do 29.11.2020 II- od 30.11.2020
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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŻNY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34		X							
telefon/ telefony	86 272 32 71 wew. 233									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			01.11.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								**M -** 1 zespół	
telefon/ telefony	691 473 228									

Data dodania do wykazu									26.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			02.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	PUH PRO WŁODZIMIERZ CIESŁOWSKI			**X II typ**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SERWY 16-326, SERWY 18									
telefon/ telefony	696 977 988									
Data dodania do wykazu				19.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu				do 22.12.2020						
Miejsce udzielania świadczeń 8*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34									
telefon/ telefony	86 272 32 71 wew. 242									
Data dodania do wykazu			02.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu			29.11.2020							

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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŹNY		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12									
telefon/ telefony	87 64 44 250									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.10.2020							

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			19.10.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ PLACÓWEK MŁODZIEŻOWYCH W AUGUSTOWIE			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZARZECZE 1, 16-300 AUGUSTÓW									
telefon/ telefony	87 643 32 04									
Data dodania do wykazu				08.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu				do 23.12.2020						
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL „KARMEL" W AUGUSTOWIE			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZARZECZE 5, 16-300 AUGUSTÓW									
telefon/ telefony	87 643 57 62									
Data dodania do wykazu				08.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu				do 23.12.2020						

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**rodzaj realizowanych świadczeń**	
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE**		**II / III**
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**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	606 996 889									
Data dodania do wykazu									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL IM. LEK. WŁODZIMIERZA MANTIUKA - STACJA DIALIZ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 91 95									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY Z IZBĄ PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 91 95									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			31.12.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 90 36									
Data dodania do wykazu			05.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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	1								
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		02.11.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			X II typ						
telefon/ telefony	600 566 047									
Data dodania do wykazu				03.11.2020						
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	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	LECZNICTWO SZPITALNE - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO- ZAKAŹNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1									
telefon/ telefony	85 833 43 56									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			19.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			20.10.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL CZTERY PORY ROKU			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI									
telefon/ telefony	85 655 05 54									
Data dodania do wykazu				12.10.2020						
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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 15									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			03.11.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 61									
Data dodania do wykazu								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		X						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60									
telefon/ telefony	533 340 151									
Data dodania do wykazu			04.11.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ PULMONOLOGICZNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 15									
Data dodania do wykazu			02.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu			03.11.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL HOLIDAY			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY FOLWARK 106, 16-402 SUWAŁKI									
telefon/ telefony	87 563 71 20									
Data dodania do wykazu				12.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**rodzaj realizowanych świadczeń**	
nazwa:	**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY**		**II / III**
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**	**teleporada**	**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			03.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	MIEJSKI OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W ŁOMŻY			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZJAZD 18, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony	86 215 06 05									
Data dodania do wykazu				15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	CHOROBY WEWNĘTRZNE		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			15.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu			20.12.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 14 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			19.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu			20.12.2020							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU**									**II / III**
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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I NEUROINFEKCJI		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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I HEPATOLOGII Z PODODDZIAŁAMI: OBSERWACYJNYM, ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS		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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - PODODDZIAŁ DLA ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS WRAZ Z IZBĄ 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										
Data wykreślenia z wykazu			01.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I CHORÓB WĄTROBY		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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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							X		
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Data dodania do wykazu								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			19.10.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A								S	
telefon/ telefony	85 831 85 84									
Data dodania do wykazu									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu									16.10.2020	
Miejsce udzielania świadczeń 10*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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, 15-514, Żurawia 14		X						S	
telefon/ telefony	578 223 304									
Data dodania do wykazu			19.10.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 12 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 14 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 15 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 16 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		od 2020-10-09								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 17 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			X II typ						
telefon/ telefony	(85) 718 52 40									
Data dodania do wykazu				11.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 18 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA HEMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM CHORÓB NACZYŃ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A		X							
telefon/ telefony	85 831 8230									
Data dodania do wykazu			15.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 19 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			10.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU**									**II/III**
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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA OBSERWACYJNO - ZAKAŹNA DZIECI		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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA NEUROLOGII I REHABILITACJI DZIECIĘCEJ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 07 47									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA CHIRURGII I UROLOGII DZIECIĘCEJ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									

telefon/ telefony	85 745 09 21									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		15.09.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA PEDIATRII I NEFROLOGII		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 07 58									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
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**	**teleporada**	**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		15.09.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									16.10.2020	
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**	**teleporada**	**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		15.09.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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 zespoły	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									16.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu										

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**	**teleporada**	**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										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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 zespołów	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									16.10.2020	
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									III - do 09.10.2020 IV- od 10.10.2020
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**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ		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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM"			X II typ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW, 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94									
telefon/ telefony	601 612 950									
Data dodania do wykazu				15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu				10.10.2020						
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			09.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			09.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ GERIATRII		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 40									
Data dodania do wykazu			09.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu			do 03.01.2021							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	**STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
telefon/ telefony:	600 100 406									
identyfikator REGON	451201479									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		2020-09-15, II-gi zespół od 2020-11-02								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"								**M**- 2 zespół	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									2020-10-21; drugi od 2020-11-05	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	GABINET STOMATOLOGICZNY EURODENT AGNIESZKA CIMOCHOWSKA (DENTOBUS)									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHOWOLA, 16-150, UL. KUPIECKA 8/3									
telefon/ telefony:	607795687									
identyfikator REGON	052233560									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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					X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	697970525									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu						14.09.2020				
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO					X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	697970525									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu						14.09.2020				

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH									I - do 04.11.2020 II - od 05.11.2020
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**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH								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									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							
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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		06.11.2020								
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.**									**I - do 15.11.2020** **II - od 16.11.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM**									**I - do 09.10.2020 II - od 10.10.2020 do 01.12.2020 I - od 02.12.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu			09.10.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							
telefon/ telefony	86 477 55 60									
Data dodania do wykazu			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	INTERNAT ZESPOŁU SZKÓŁ ZAWODOWYCH									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE,18-200, UL. MICKIEWICZA 1			**X II typ**						
telefon/ telefony	508 603 246									
Data dodania do wykazu				19.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE**									**I - do 08.11.2020** **II - od 09.11.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		05.11.2020								
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH**									**I do 17.12.2020** **II od 18.12.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8									
telefon/ telefony	85 655 28 95									
Data dodania do wykazu			18.12.200							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE**									**I - do 09.10.2020 II - od 10.10.2020 do 01.12.2020 I - od 02.12.2020 II - od 18.12.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu			09.10.2020							
Data dodania do wykazu			18.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							
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			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH**									I
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						16.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**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**	**teleporada**	**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		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			15.09.2020		15.09.2020					
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96							X		
telefon/ telefony	85 727 91 70									
Data dodania do wykazu								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU**									**I - do 02.11.2020 II - od 03.11.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						19.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu			02.11.2020							
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 115-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26									
telefon/ telefony	85 748 81 10									
Data dodania do wykazu			03.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH**									**I - do 17.11.2020** **II - od 18.11.2020**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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		15.09.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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			15.09.2020						15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**rodzaj realizowanych świadczeń**

nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY**									**III**
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**	**teleporada**	**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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1									
telefon/ telefony	85 719 10 91 w. 220									
Data dodania do wykazu									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu									25.12.2020	

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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			07.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		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	teleporada	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								15.09.2020		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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							15.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	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			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**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**	**teleporada**	**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						15.09.2020				
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1									
telefon/ telefony:	608 142 750									
identyfikator REGON	50690632									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA				**X**					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1									
telefon/ telefony	608 142 750									
Data dodania do wykazu					15.09.2020					
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OLĘDZKA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE , 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60									
telefon/ telefony:	608 053 585									
identyfikator REGON	50278995									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OLĘDZKA				**X**					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE , 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60									
telefon/ telefony	608 053 585									
Data dodania do wykazu					15.09.2020					
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**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**	**teleporada**	**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									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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	Suwałki, 16-402 , UL. Tadeusza Kościuszki 71								**S**	
telefon/ telefony	511 091 619									
Data dodania do wykazu									15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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	Suwałki, 16-400 , ul. Tadeusza Kościuszki 71								**M -** 4 zespoły	
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									2 zespoły od 2020-10-22, 2 zespoły od 2020.11.19	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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, 15-743 , ul. Wierzbowa 1								**S**	
telefon/ telefony	512 119 380									
Data dodania do wykazu									23.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu									10.12.2020	
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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, 15-740 , ul. Antoniukowska 25								**S**	
telefon/ telefony	506010338									
Data dodania do wykazu									16.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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, 15-703 , ul. Jana Pawla II 47								S	
telefon/ telefony	512119380									
Data dodania do wykazu									11.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**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**	**teleporada**	**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									21.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									16.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**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**	**teleporada**	**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									19.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUWAŁKACH**									**III**
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**	**teleporada**	**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			06.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**rodzaj realizowanych świadczeń**								

nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**									**II**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ARMII KRAJOWEJ 18, 30-150 KRAKÓW									
telefon/ telefony:	12 629 89 00									
identyfikator REGON	351618159									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL.KLESZCZELOWSKA 1, 17-100 BIELSK PODLASKI		X							
telefon/ telefony	12 629 89 00									
Data dodania do wykazu			06.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**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**	**teleporada**	**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**								
telefon/ telefony	665 25 25 25									
Data dodania do wykazu		13.11.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**BIAVITA POLSKA SPÓŁKA AKCYJNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. M. Curie-Skłodowskiej 14, 15-097 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony:	85 65 30 280									
identyfikator REGON	000659414									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zdrojowa 3/5/7, 16-300 Augustów			**I typ**						
telefon/ telefony	87 64 32 871									
Data dodania do wykazu				16.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**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**	**teleporada**	**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 1, Białystok								**S**	
telefon/ telefony	608-776-095									
Data dodania do wykazu									19.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu									30.11.2020	
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**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									19.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**ZESPÓŁ TRANPORTU 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		23.11.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**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**	**teleporada**	**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									19.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**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**	**teleporada**	**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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-017, UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 1B								**S**	
telefon/ telefony	880521948									
Data dodania do wykazu									24.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**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**	**teleporada**	**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			01.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

* 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)