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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE** | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 272 32 71 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666822 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO OPIEKI SZPITALNEJ - 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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 691 473 228 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | II |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE** | | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 87 644 42 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | II / III |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 682 92 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050582500 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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. | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 682 91 95 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY Z IZBĄ PRZYJĘĆ | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 682 91 95 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM** | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 833 43 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050584924 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 833 43 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | II |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 533 340 151 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **II / III** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 473 36 24 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450665024 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2020-09-14 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3*** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. ZJAZD 18, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 215 06 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-09-15 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9*** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 86 473 35 10 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 86 47 33 510; 86 47 33 291 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **II / III** |
| nazwa: | **UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 831 83 35 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288610 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | |
| telefon/ telefony | 85 831 83 40 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10*** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | |
| telefon/ telefony | 535 037 097 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROCHIRURGII | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 861 8221 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | II / III |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-14 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-14 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KLINIKA PEDIATRII I NEFROLOGII | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 745 07 58 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| 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** | **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 | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| 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** | **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 | **1** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| 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 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 869 35 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050637922 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOLOGII (INWAZYJNE LECZENIE ZESPOŁU WIEŃCOWEGO) | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 07 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 47 710 40 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM" | | | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WASILKÓW, 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 612 950 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-09-15 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | **STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600 100 406 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451201479 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie** | **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 | ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55 | 1 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 697970525 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 2020-09-14 | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | 2020-09-14 | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 276 36 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451153332 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 86 276 36 32 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | X | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 86 276 36 32 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 477 55 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 508 188 828 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE** | | | | | | | | | |
| 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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 278 24 24 w. 321, 301 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 607 690 219 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | I |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH** | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | X | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 85 655 28 25 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | rodzaj realizowanych świadczeń | I |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE** | | |
| 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 | 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 | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 722 05 41 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | X | |
| 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 | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **I** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | **I** |
|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85 748 59 93 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 81 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | 85 727 81 60 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 91 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **I** |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | 2020-09-15 | | 2020-09-15 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 91 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | 85 831 85 84 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 81 10 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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. | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 473 36 24 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5*** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **I** |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 814 24 16, 66 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-09-15 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | X | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 85 814 24 16 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | | | | 2020-09-15 | |
| 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** | | | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | | X | |
| 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 | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | rodzaj realizowanych świadczeń | I |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK** | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | 2020-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | 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 | | | 2020-09-15 | | | | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | 2020-09-15 | | | |
| 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** | **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 | | | | | 2020-09-15 | | | | |
| 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** | **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 | | | | | 2020-09-15 | | | | |
| 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** | **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 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 511 091 639 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 511 091 631 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **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 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 511 091 619 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| 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