



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

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12								
telefon/ telefony	87 64 44 200								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE		X					S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12								
telefon/ telefony	87 644 42 66								
Data dodania do wykazu				09.03.2021					
Data wykreślenia z wykazu									

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

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13							
telefon/ telefony	85 748 59 93							
Data dodania do wykazu					09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu								



Data dodania do wykazu							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO- MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	HOTEL CZTERY PORY ROKU			X II typ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI								
telefon/ telefony	85 655 05 54								
Data dodania do wykazu				09.03.2021					
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60								
telefon/ telefony:	87 562 94 21								
identyfikator REGON	790319362								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	





Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		X						
telefon/ telefony	86 473 36 24								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ OKULISTYCZNY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		X						
telefon/ telefony	86 473 36 24								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII CIĄŻY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		X						
telefon/ telefony	86 473 36 24								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne 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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		X						
telefon/ telefony	86 473 36 24								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		X						
telefon/ telefony	86 473 34 42								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 9*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne 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							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	

nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO- MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 11 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECNICTWA W BIAŁYMSTOKU					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 23								
telefon/ telefony	86 473 36 24								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 12 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11								
telefon/ telefony	86 47 33 510; 86 47 33 291								
Data dodania do wykazu								09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu									

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU								II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony:	85 831 83 35								
identyfikator REGON	000288610								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU		X					S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony	85 831 83 40								
Data dodania do wykazu			09.03.2021					09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU		X					S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-514, Żurawia 14								
telefon/ telefony	578 223 304								
Data dodania do wykazu			09.03.2021					09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	KLINIKA NEUROCHIRURGII		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								

telefon/ telefony	85 861 8221								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
	KLINIKA CHIRURGII NACZYŃ I TRANSPLANTACJI		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony	85 831 8277								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	KLINIKA KARDIOCHIRURGII Z BLOKIEM OPERACYJNYM		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony	85 831 8464								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	KLINIKA NEUROLOGII		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony	85 831 8326								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	KLINIKA HEMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM CHOROÓB NACZYŃ		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A								
telefon/ telefony	85 831 8230								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	SZPITAL TYMCZASOWY NR 1		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14								
telefon/ telefony	85 740 95 73								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14								
telefon/ telefony	85 740 95 73								
Data dodania do wykazu							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	



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

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

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI								M- 1 zespół
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu									09.03.2021
Data wykreślenia z wykazu									

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
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								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA		1						
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA								M- 3 zespoły
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu									09.03.2021
Data wykreślenia z wykazu									

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
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								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU							M- 5 zespołów	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu								09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO								IV
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								
telefon/ telefony:	47 710 41 00								
identyfikator REGON	050637922								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII		x						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								
telefon/ telefony	47 710 42 21								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ KARDIOLOGII		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								
telefon/ telefony	47 710 42 10								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								
telefon/ telefony	47 710 42 53								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z LECZENIEM COVID-19		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								

telefon/ telefony	47 710 42 36								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHIRURGII OGÓLNEJ		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27								
telefon/ telefony	47 710 42 36								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	

nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27		X						
telefon/ telefony	47 710 42 37								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27		X						
telefon/ telefony	47 710 42 10								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ODDZIAŁ UROLOGII								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27		X						
telefon/ telefony	47 710 42 30								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
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							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X		
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
nazwa:	STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26								
telefon/ telefony:	600 100 406								
identyfikator REGON	451201479								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26		2						
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu		09.03.2021							

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

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b>		<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>							
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.								II
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								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.								

















Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12								
telefon/ telefony	85 664 67 10								
Data dodania do wykazu							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30								
telefon/ telefony	22 349 60 60								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	



telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu		09.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b>	<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY								III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1								
telefon/ telefony:	85 719 10 91								
identyfikator REGON	50580458								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>		
nazwa:	LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1								
telefon/ telefony	85 71 91 091 w. 220								
Data dodania do wykazu	09.03.2021								
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>		
nazwa:	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY Z PRACOWNIĄ ELEKTROENCEFALOGRAFICZNĄ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1								
telefon/ telefony	85 71 91 091 w. 220								
Data dodania do wykazu	09.03.2021								
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1								
telefon/ telefony	85 71 91 091 w. 220								
Data dodania do wykazu	09.03.2021								
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>		
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNOMOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu	09.03.2021								
Data wykreślenia z wykazu									
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b>	<b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79								
telefon/ telefony:	85 664 85 19								
identyfikator REGON	50653482								

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79		X						
telefon/ telefony	85 664 85 19								
Data dodania do wykazu			09.03.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79						X		
telefon/ telefony	85 664 85 16								
Data dodania do wykazu							09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X		
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu						09.03.2021			
Data wykreślenia z wykazu									

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

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







Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		rodzaj realizowanych świadczeń						
nazwa:	FALCK MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. JANA OLBACHTA 94, 01-102 WARSZAWA							
telefon/ telefony:	225359101							
identyfikator REGON	015755741							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO							M- 2 zespoły
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-016 BIAŁYSTOK, UL. ŻŁOTA 5							
telefon/ telefony	511 091 631							
Data dodania do wykazu								09.03.2021
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		rodzaj realizowanych świadczeń						
nazwa:	PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK,15-017 , UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 02							
telefon/ telefony:	857324151							
identyfikator REGON	365285623							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>
nazwa:	PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-017, UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 1B							
telefon/ telefony	880521948							
Data dodania do wykazu								09.03.2021
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		rodzaj realizowanych świadczeń						
nazwa:	HOLMED UZDROWISKO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ							II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1							
telefon/ telefony:	+48 857222122							
identyfikator REGON	364736615							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>
nazwa:	SZPITAL							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1		X					
telefon/ telefony	+48 857222122							
Data dodania do wykazu			09.03.2021					
Data wykreślenia z wykazu								

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu / w odniesieniu do dentobusu rozumiane jako miejsce stacjonowania dentobusu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

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