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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		rodzaj realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34									
telefon/ telefony:	86 272 32 71									
identyfikator REGON	450666822									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŻNY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34		X							
telefon/ telefony	86 272 32 71 wew. 233									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34								S	
telefon/ telefony	691 473 228									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH									
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			2020-10-02							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	PUH PRO WŁODZIMIERZ CIESŁOWSKI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SERWY 16-326, SERWY 18			**X**						
telefon/ telefony	696 977 988									
Data dodania do wykazu				2020-10-19						
Data wykreślenia z wykazu										

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

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŹNY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12		**X**							
telefon/ telefony	87 64 44 250									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12									
telefon/ telefony	87 644 42 50									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ PLACÓWEK MŁODZIEŻOWYCH W AUGUSTOWIE			X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZARZECZE 1, 16-300 AUGUSTÓW									
telefon/ telefony	87 643 32 04									
Data dodania do wykazu				2020-10-08						
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL „KARMEL" W AUGUSTOWIE			X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZARZECZE 5, 16-300 AUGUSTÓW									
telefon/ telefony	87 643 57 62									
Data dodania do wykazu				2020-10-08						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**rodzaj realizowanych świadczeń**	
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE**		**II / III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		
telefon/ telefony:	85 682 92 02		
identyfikator REGON	050582500		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z LECZENIEM COVID-19		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	606 996 889									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	85 682 92 47									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	606 996 889									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL IM. LEK. WŁODZIMIERZA MANTIUKA - STACJA DIALIZ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 91 95									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY Z IZBĄ PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 91 95									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9		X							
telefon/ telefony	85 682 90 36									
Data dodania do wykazu			2020-10-05							
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM**									**II**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1									
telefon/ telefony:	85 833 43 30									
identyfikator REGON	050584924									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	LECZNICTWO SZPITALNE - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO- ZAKAŹNY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1		X							
telefon/ telefony	85 833 43 56									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1							X		
telefon/ telefony	85 833 27 50									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						**X**			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1								**S**	
telefon/ telefony	85 833 43 56									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL CZTERY PORY ROKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI			**X**						
telefon/ telefony	85 655 05 54									
Data dodania do wykazu				2020-10-12						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony:	87 562 94 21									
identyfikator REGON	790319362									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 15									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH								S	
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE I MIKROBIOLOGICZNE, SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60									
telefon/ telefony	87 562 93 40									

Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ PULMONOLOGICZNY		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 15									
Data dodania do wykazu			2020-10-02							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	HOTEL HOLIDAY			**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY FOLWARK 106, 16-402 SUWAŁKI									
telefon/ telefony	87 563 71 20									
Data dodania do wykazu				2020-10-12						
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**rodzaj realizowanych świadczeń**	
nazwa:	**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY**		**II / III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11		
telefon/ telefony:	86 473 36 24		
identyfikator REGON	450665024		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-10-03							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z PODODDZIAŁEM OBSERWACYJNO- ZAKAŹNYM DZIECIĘCYM		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ OKULISTYCZNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII CIĄŻY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ NOWORODKÓW I WCZEŚNIAKÓW Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII NOWORODKA I INTENSYWNEJ OPIEKI		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 8 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	MIEJSKI OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W ŁOMŻY			X						
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 / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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 / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 11 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11								S	
telefon/ telefony	86 47 33 510; 86 47 33 291									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 12 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKEJ-CURIE 23						X			
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	
nazwa:	**UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU**		II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A		
telefon/ telefony:	85 831 83 35		
identyfikator REGON	000288610		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	

nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I NEUROINFEKCJI		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - PODODDZIAŁ DLA ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS WRAZ Z IZBĄ PRZYJĘĆ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu			2020-10-01							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I CHORÓB WĄTROBY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, 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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony	85 831 83 40									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU								S	
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 10*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A									
telefon/ telefony	85 831 85 84									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-514, Żurawia 14									
telefon/ telefony	535 037 097									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA NEUROCHIRURGII		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									

telefon/ telefony	85 861 8221									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA CHIRURGII NACZYŃ I TRANSPLANTACJI		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony	85 831 8277									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 14 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA KARDIOCHIRURGII Z BLOKIEM OPERACYJNYM		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony	85 831 8464									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 15 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA NEUROLOGII		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony	85 831 8326									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 16 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SEKCJA TRANSPORTU	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony	85 831 80 00									
Data dodania do wykazu		od 2020-10-09								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 17 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM"									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94			X						
telefon/ telefony	601 612 950									
Data dodania do wykazu				2020-10-11						
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA OBSERWACYJNO - ZAKAŹNA DZIECI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17		X							
telefon/ telefony	85 745 06 93									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA NEUROLOGII I REHABILITACJI DZIECIĘCEJ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17		X							
telefon/ telefony	85 745 07 47									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu			2020-09-14							
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA CHIRURGII I UROLOGII DZIECIĘCEJ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17		X							
telefon/ telefony	85 745 09 21									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu			2020-09-14							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, UL. WASZYNGTONA 17	1								
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		2020-09-15								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17							X		
telefon/ telefony	85 745 07 47; 85 745 05 00									

Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						**X**			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KLINIKA PEDIATRII I NEFROLOGII									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		2020-09-15								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH								**M**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									2020-10-16	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**rodzaj realizowanych świadczeń**
nazwa:	**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA	
telefon/ telefony:	86 216 62 15	

identyfikator REGON	450192689									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		2020-09-15								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA								**M**	
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									2020-10-16	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony:	85 663 73 01									
identyfikator REGON	50622576									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu		15.09.2020; 2 zespoły od 01.10.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK								**M**	
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu									2020-10-16	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO									III - do 09.10.2020 IV- od 10.10.2020
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony:	47 710 41 00									
identyfikator REGON	050637922									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 21									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ KARDIOLOGII		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 10									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 53									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z LECZENIEM COVID-19		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 36									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHIRURGII OGÓLNEJ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	47 710 42 36									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ									
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			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
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 8*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM"									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW, 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94			x						
telefon/ telefony	601 612 950									
Data dodania do wykazu				2020-09-15						
Data wykreślenia z wykazu				2020-10-10						
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO									
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			2020-10-09							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ UROLOGII									
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			2020-10-09							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ODDZIAŁ GERIATRII									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27		X							
telefon/ telefony	47 710 42 40									
Data dodania do wykazu			2020-10-09							
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY					X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	697970525									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu						2020-09-14				
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO					X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	697970525									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu						2020-09-14				

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2									
telefon/ telefony:	87 517 23 14									
identyfikator REGON	790317340									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2									
telefon/ telefony	87 516 21 38									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2									
telefon/ telefony	87 516 21 38									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2									I
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**								
nazwa:	**SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3									
telefon/ telefony:	86 276 36 00									
identyfikator REGON	451153332									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.		X						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3									
telefon/ telefony	86 276 36 32									
Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM**									**I - do 09.10.2020** **II - od 10.10.2020**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5									
telefon/ telefony:	86 477 55 01									
identyfikator REGON	450666236									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5							X		
telefon/ telefony	86 477 55 60									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5		X						S	
telefon/ telefony	508 188 828									
Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu			2020-10-09							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5		X							
telefon/ telefony	86 477 55 60									
Data dodania do wykazu			2020-10-10							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**rodzaj realizowanych świadczeń**	
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE**		**I**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69		
telefon/ telefony:	86 278 23 50		

identyfikator REGON	450667610									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69							**X**		
telefon/ telefony	86 278 24 24 w. 321, 301									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69		X						S	
telefon/ telefony	607 690 219									
Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			I
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**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8									
telefon/ telefony:	85 655 28 25									
identyfikator REGON	50653482									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8							X		
telefon/ telefony	85 655 22 00 w. 312									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH		X						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8									
telefon/ telefony	85 655 28 25									

Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE**									**I - do 09.10.2020** **II - od 10.10.2020**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40									
telefon/ telefony:	85 722 04 63									
identyfikator REGON	50653170									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE		X						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40									
telefon/ telefony	512 583 455									
Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu			2020-10-09							

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40									
telefon/ telefony	85 722 05 41									
Data dodania do wykazu			2020-10-10							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		rodzaj realizowanych świadczeń	
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ**		I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15		
telefon/ telefony:	85 712 12 06		
identyfikator REGON	50583037		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15									
telefon/ telefony	85 712 12 06									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85 748 59 93									
telefon/ telefony	85 712 12 06									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9									
telefon/ telefony:	668 877 590									
identyfikator REGON	50652956									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	CENTRALNA IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9							X		
telefon/ telefony	85 727 81 60									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH		X						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9									
telefon/ telefony	85 727 81 60									
Data dodania do wykazu			2020-09-15						2020-09-16	
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96									
telefon/ telefony:	85 716 70 26									
identyfikator REGON	451097214									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE**		X		X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96									
telefon/ telefony	85 716 70 26									
identyfikator REGON	451097214									
Data dodania do wykazu			2020-09-15		2020-09-15					
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96							X		
telefon/ telefony	85 727 91 70									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26									
telefon/ telefony:	85 748 85 00									
identyfikator REGON	50657729									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26							X		
telefon/ telefony	85 748 81 10									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU; ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A									
telefon/ telefony	85 831 85 84									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU		X							
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								
nazwa:	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12									
telefon/ telefony:	85 664 68 00									
identyfikator REGON	50657379									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12							X		
telefon/ telefony	85 664 67 10									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, UL. M. SKŁODOWSKIEJ - CURIE 23						X			
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ, UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A									
telefon/ telefony	85 831 85 84									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85 831 85 84									
telefon/ telefony	85 664 67 10									
Data dodania do wykazu			2020-09-15							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**rodzaj realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH**									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23									
telefon/ telefony:	85 814 24 38									
identyfikator REGON	50644804									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Data dodania do wykazu							2020-09-15			
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO									
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23		X						S	
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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1							**X**		
telefon/ telefony	85 71 91 091 w. 220									
Data dodania do wykazu								2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNOMOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu							2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1								
telefon/ telefony	85 719 10 91 w. 220								
Data dodania do wykazu									2020-09-15
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		rodzaj realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK**	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79	
telefon/ telefony:	85 664 85 19	
identyfikator REGON	50653482	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79							X	
telefon/ telefony	85 664 85 16								
Data dodania do wykazu								2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13								
telefon/ telefony	85 748 59 93								
Data dodania do wykazu							2020-09-15		
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79		X						
telefon/ telefony	85 664 85 19								
Data dodania do wykazu			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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Gabinet stomatologiczny								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14 BUD. G GAB. 14					X			
telefon/ telefony	505 128 840								
Data dodania do wykazu						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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1								
telefon/ telefony	608 142 750								
Data dodania do wykazu					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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OLĘDZKA				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE , 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60								
telefon/ telefony	608 053 585								
Data dodania do wykazu					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 / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ASP-HALT SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Białystok, 15-668 , UL. Upalna 1A								**S**	
telefon/ telefony	511 091 639									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ASP-HALT SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Białystok, 15-016 , UL. Złota 5								**S**	
telefon/ telefony	511 091 631									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	ASP-HALT SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Suwałki, 16-402 , UL. Tadeusza Kościuszki 71								**S**	
telefon/ telefony	511 091 619									
Data dodania do wykazu									2020-09-15	
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		rodzaj realizowanych świadczeń								
nazwa:	**DIAGNOSTYKA SP. Z O.O.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-513, UL. OLSZAŃSKA 5									
telefon/ telefony:	122950151									
identyfikator REGON	356366975									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**DIAGNOSTYKA SP. Z O.O.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Białystok, 15-864 , UL. ŻEROMSKIEGO 1B LOK. 12A								**S**	
telefon/ telefony	663 687 583									
Data dodania do wykazu									2020-09-21	
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)