

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: | 862723271 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666822 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 862723271 wew. 289 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 862723271 wew. 289 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691473228 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | 1 | | | | | M - 1 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691473228 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 01.11.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| | | 15.03.2022 | | | | | 20.05.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 876444284 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790317038 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 | 876444200 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE | | X | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 876444266 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 856829202 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50582500 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 | 606996889 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 13.01.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 856829036 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 13.01.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | | X | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606996889 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 14.01.2022 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | | 09.04.2020 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 30.06.2020 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 856550554 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 12.10.2020 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 02.05.2021 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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: | 875629421 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790319362 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | X | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 533340151 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 875629261 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY | | | | | | | II/III - do 30.06.2021 II - od 01.07.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 864733624 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450665024 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB PŁUC I GRUŹLICY | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 864733624 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|
| nazwa: | ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY Z PODODDZIAŁEM OBSERWACYJNO- ZAKAŻNYM DZIECIĘCYM | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 13.01.2022 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11 | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 864733624 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 14.01.2022 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 | 864733510 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 - 1 punkt |
| telefon/ telefony | 864733510; 864733291 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 28.11.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 - 2 punkty |
| telefon/ telefony | 864733510; 864733291 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 29.11.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 08.03.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 - 1 punkt |
| telefon/ telefony | 864733510; 864733291 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | II/III - do 30.06.2021 II - od 01.07.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 858318335 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 288610 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858318340 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-540, ŻURAWIA 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 578223304 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROCHIRURGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858618221 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | KLINIKA CHIRURGII NACZYŃ I TRANSPLANTACJI | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858318277 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | KLINIKA KARDIOCHIRURGII Z BLOKIEM OPERACYJNYM | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ -CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858318464 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | KLINIKA NEUROLOGII | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 858318326 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | KLINIKA HEMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM CHOROÓB NACZYŃ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 858318230 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-540, ŻURAWIA 14 | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 857409573 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-540, ŻURAWIA 14 | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 857409573 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | 1 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 857409573 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 06.04.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 05.07.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SEKCJA TRANSPORTU | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-276, MARIII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 858318000 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 20.10.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 29.10.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| nazwa: | SEKCJA TRANSPORTU | 2 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858318000 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 30.10.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM" | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WASILKÓW, 16-010, BIAŁOSTOCKA 94 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857185240 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 15.10.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 14 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 2 | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-369, WOŁODYJOWSKIEGO 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 530452070 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 27.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 14.05.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 2 | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-369, WOŁODYJOWSKIEGO 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 530452070 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 22.10.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 17 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857450500 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 1406394 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku | | X | | | | S - 2 punkty |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 17 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857450693 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | 08.11.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 01.03.2022 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 17 | 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857450747; 857450500 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 10.06.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 17 | 2 | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 857450747; 857450500 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 29.11.2021 | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 23.12.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 18 | 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857450747; 857450501 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 24.12.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 17.03.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W SUWAŁKACH | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, MICKIEWICZA 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 875662268 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 791001627 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, MICKIEWICZA 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH | | | | | | M - 1 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, MICKIEWICZA 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/19 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 862166215 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---|
| identyfikator REGON | 450192689 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 1 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/19 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 29.12.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 2 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/19 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.03.2022 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 1 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/19 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.03.2022 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY | | | | | | M - 3 zespoły |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/19 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY | | | | | | M - 1 zespół |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, SZOSA ZAMBROWSKA 1/20 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| nazwa | | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | |
|---|--|---|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | |
| telefon/ telefony: | | 856637301 | | | | | |
| identyfikator REGON | | 50622576 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | | 2 | | | | | |
| WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | |
| BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | | | | | | | M - 5 zespołów |
| WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | |
| BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 19.05.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | | | | | | | M - 4 zespoły |
| WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | |
| BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 20.05.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 04.07.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | | | | | | | M - 2 zespoły |
| WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | |
| BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 05.07.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 17.10.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | | | | | | | M - 4 zespoły |
| WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | |
| BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 18.10.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 07.11.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | M - 5 zespołów |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 08.11.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | 03.03.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | M - 4 zespołów |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 04.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | 17.03.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | M - 2 zespoły |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-874, POLESKA 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 18.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO | | | | | | | | IV do 31.05.2021; III od 01.06.2021 do 30.06.2021; I od 09.07.2021; II od 02.11.2021 do 28.02.2022 I od 01.03.2022 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 477104100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50637922 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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, FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104100 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 02.11.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104221 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 07.03.2021 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOLOGII | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104210 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104253 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z LECZENIEM COVID-19 | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104236 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHIRURGII OGÓLNEJ | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104236 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104237 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 477104210 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ODDZIAŁ UROLOGII | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 477104230 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-471, FABRYCZNA 27 | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 477104000 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | GRUPA RATOWNICZA "NADZIEJA" | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600100406 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451201479 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, PRZYKOSZAROWA 26 | 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 10.06.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, PRZYKOSZAROWA 26 | 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 11.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 05.07.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, PRZYKOSZAROWA 26 | 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 31.10.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 15.03.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GRUPA RATOWNICZA "NADZIEJA" | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | M - 2 zespoły |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 10.06.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GRUPA RATOWNICZA "NADZIEJA" | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 875162138 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | POGOTOWIE RATUNKOWE W SEJNACH | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 4 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 875162138 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 10.06.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | POGOTOWIE RATUNKOWE W SEJNACH | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 875162138 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 01.11.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 15.03.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O. | | | | | | | II do 07.06.2021 I od 08.06.2021 do 31.10.2021 II od 01.11.2021 do 11.03.2022 I od 12.03.2022 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 862763600 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451153332 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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, PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 862763632 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 862763632 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | | | | | | | | I do 09.04.2021 II od 10.04.2021 DO 07.06.2021 I od 08.06.2021 do 12.10.2021 II od 13.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, SZPITALNA 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 864775501 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666236 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | X | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, SZPITALNA 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508188828 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, SZPITALNA 5 | | | | | | | | | X |
| telefon/ telefony | 864775560 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 14.10.2021 II od 15.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 862782350 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450667610 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | X | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 607690219 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | | X |
| telefon/ telefony | 862782424 w. 321, 301 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 862782424 w. 321, 301 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 20.05.2021 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 862782424 w. 321, 301 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 30.10.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 03.03.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 10.10.2021 II od 11.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, SZPITALNA 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 856552825 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653482 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | 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, SZPITALNA 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 856552825 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, SZPITALNA 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 856552200 w. 312 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓLCE | | | | | | | II do 30.05.2021 I od 31.05.2021 do 18.10.2021 II od 19.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857220463 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653170 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|---|---|--|--|--|--|---|------------|------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE | | | | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 512583455 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857220541 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, M.C.SKŁODOWSKIEJ 15 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50583037 | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, M.C.SKŁODOWSKIEJ 15 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 712 12 06 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, M.C.SKŁODOWSKIEJ 15 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 712 12 06 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MONKACH | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MONKI, 19-100, NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | | | | | | |

I do 02.04.2021
II od 03.04.2021
do 23.05.2021
I od 24.05.2021
do 21.10.2021
II od 22.10.2021

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony: | 668877590 | | | | | | | do 28.02.2022 |
| identyfikator REGON | 50652956 | | | | | | | od 01.03.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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, NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857278160 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | CENTRALNA IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857278160 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH Z ŁÓŻKAMI INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, NIEPODLEGŁOŚCI 9 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857278160 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 03.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 23.05.2021 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYŃNIE | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYŃN, 19-120, GRODZIENSKA 96 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857167026 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYŃNIE | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYŃN, 19-120, GRODZIENSKA 96 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857167026 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYŃN, 19-120, GRODZIENSKA 96 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857279170 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857488500 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50657729 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601055705 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857488110 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARIII SKŁODOWSKIEJ - CURIE | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, OGRODOWA 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 856646800 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50657379 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARIII SKŁODOWSKIEJ - CURIE | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, OGRODOWA 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 856646710 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, OGRODOWA 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 856646710 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH | | | | | | | II do 06.06.2021 I od 07.06.2021 do 10.10.2021 II od 11.10.2021 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 858142438 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50644804 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH | | X | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858142416 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858142416, 66 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 858142416, 66 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 19.10.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 15.03.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857191091 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50580458 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 857191091 w. 220 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY Z PRACOWNIĄ ELEKTROENCEFALOGRAFICZNA | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| telefon/ telefony | 857191091 w. 220 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | 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 | 857191091 w. 220 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-003, SIENKIEWICZA 79 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 856648519 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653482 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-003, SIENKIEWICZA 79 | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | 856648519 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-003, SIENKIEWICZA 79 | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 856648516 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | EWA KONOPELKO - ŚLIŻEWSKA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-540, ŻURAWIA 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 505128840 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 550058380 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | GABINET STOMATOLOGICZNY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-540, ŻURAWIA 14 BUD. G GAB. 14 | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 505128840 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | 05.07.2021 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-013, WILLIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 791554400 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 361709977 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-668, UPALNA 1A | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091639 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | 1 | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-016, ŻŁOTA 5 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091631 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 03.11.2021 | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | 28.11.2021 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | 2 | | | | | M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-016, ŻŁOTA 5 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091631 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 29.11.2021 | | | | | 02.11.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | 17.03.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | 1 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-016, ŻŁOTA 5 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091631 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 18.03.2022 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 24.03.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | M - 4 zespoły |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 19.11.2020 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 03.05.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | M - 2 zespoły |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 04.05.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 10.06.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | | | | | | M |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 02.11.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 02.12.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | | | | | | M - 2 zespoły |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 03.12.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 28.02.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, TADEUSZA KOŚCIUSZKI 71 | 1 | | | | | M |
| telefon/ telefony | 511091619 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 29.11.2021 | | | | | 01.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | 17.03.2022 | | | | | 03.03.2022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-740, ANTONIUKOWSKA 25 | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 506010338 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-703, JANA PAWŁA II 47 | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 512119380 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-513, OLSZAŃSKA 5 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 122950151 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-864, ŻEROMSKIEGO 1B LOK. 12A | | | | | | S |

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony | 663687583 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-245, UL.SŁONECZNA 1 | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 663687583, 663681339 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 31.12.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | M-MEDICA M. BRZESKI, K. OSTROWSKI S. C. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-349, ŚW. JERZEGO 43/20 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 606979103 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366814377 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | M-MEDICA M. BRZESKI, K. OSTROWSKI S. C. | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-349, ŚW. JERZEGO 43/20 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606979103 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 27.12.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUWAŁKACH | | | | | | III | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 62 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 875626400 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790244055 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 62 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 875626400 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 30.06.2021 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | LUXURY MEDICAL CARE SP. Z O.O. S.K. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-195, SŁOMIŃSKIEGO 17/47 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 665252525 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142168420 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-196, KORCZAKA 10 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665 25 25 25 | 3 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| nazwa: | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-062, WARSZAWSKA 59 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 574847487 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.02.2022 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | FALCK MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-102, JANA OLBRACHTA 94 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 225359101 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 15755741 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | M - 2 zespoły | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-016, ŻŁOTA 5 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511091631 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 09.03.2021 20.05.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-017, ŁĄKOWA 9 LOK. 02 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 365285623 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-017, ŁĄKOWA 9 LOK. 1B | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 880521948 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | HOLMED UZDROWISKO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUPRAŚL, 16-030, UROCZYSKO PUSTELNIA 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857222122 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 364736615 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | HOLMED UZDROWISKO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|--------------------|--|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUPRAŚL, 16-030, UROCZYSKO PUSTELNIA 1 | X | | | | | |
| telefon/ telefony | 857222122 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 20.05.2021 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-715, STEFANA ORZEI 1A | | | | | | II |
| telefon/ telefony: | 126298900 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 351618159 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W BIELSKU PODLASKIM | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 126298900 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 22.10.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 26.01.2022 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | AMERICAN HERAT OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | USTROŃ, 43-450, SANATORYJNA 1 | | | | | | II |
| telefon/ telefony: | 327604600 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 72347621 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | POLSKO-AMERYKAŃSKIE KLINIKI SERCA CENTRUM SERCOWO-NACZYNIOWE W AUGUSTOWIE | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, MARII KONOPNICKIEJ 11 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 876432320 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 15.11.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 07.03.2022 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | HEXAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRZYŃNIEWO FABRYCZNE, 16-002, KRÓLEWSKA 3 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 662287244 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 520408566 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRZYŃNIEWO FABRYCZNE, 16-002, KRÓLEWSKA 3 | 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 01.02.2022 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| nazwa | MED FIRE ŁUKASZ WOLSZCZUK | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-274 BIAŁYSTOK, JERZEGO WASZYNGTONA 18/35 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 735800999 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 368036412 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | MED FIRE ŁUKASZ WOLSZCZUK | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA 18/35 | | | | | | M - 2 zespoły | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 01.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 28.02.2022 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PUNKT WYMAZÓW COVID | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-814, GENERAŁA JÓZEFA HALLERA 8 | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 735857999 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 02.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, CMENTARNA 14 | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 888522180 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 14.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa | ALAB LABORATORIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22/30 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 223496060 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 8105218 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁU DO BADAŃ SIEMIATYCZE JANA PAWŁA II | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, PLAC JANA PAWŁA II | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 223491197 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 01.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁU DO BADAŃ ŁÓMŻA LEGIONÓW | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁÓMŻA, 18-400, ALEJA LEGIONÓW 60B | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 223491197 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|--|---------------------|--|---|------------|
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 01.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ANALIZ MEDYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-732, CHOROSZCZAŃSKA 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857332356 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 200131380 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁU DO BADAŃ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-732, ALEJA SOLIDARNOŚCI 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 507401542 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 02.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁU DO BADAŃ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, MICKIEWICZA 58/14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 690524491 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 11.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa | REVITA - CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA CYWILNA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-111, AL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 10/21A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 858311590 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 200789688 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ WYMAZÓW COVID | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-111, AL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 10/21A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 733002761 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 09.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa | PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH AGATA LESZCZYŃSKA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-224, ADAMA MICKIEWICZA 14/28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857332223 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363186450 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------|
| nazwa: | MOBILNY PUNKT POBRAŃ WYMAZÓW COVID-19 | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FASTY, 15-694, SZOSA KNYSZYŃSKA 17 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 790 432 292 790 812 000 000 000 000 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 11.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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