

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 1</b> |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                          | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku                                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 858318000                                                                                                                  |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                             | 000288610                                                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                            | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-540 Żurawia 14                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 858318000                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                              | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A                                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 858318000                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Klinika Rehabilitacji                                                                                                      | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 858318000                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                              | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A                                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 858318950                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Klinika Rehabilitacji                                                                                                      | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570127263                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       | 2017-05-16                                                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Punkt szczepień                                                                                                            | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-276 Wołodyjowskiego 1                                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570127263                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-05-17                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy                                                                                       | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-276 Wołodyjowskiego 1 (Hala sportowa UMB)                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570194475                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy                                                                                       | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-540 Żurawia 14                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570144048                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>                                                           |                                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Klinika Dermatologii i Wenerologii z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej i Pododdziałem Dermatologicznym Dziennego Pobytu | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-540 Żurawia 14                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570144048                                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                            |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 10                                                                 |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                          | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku                                                                       | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A                                                                                                                   |                              | 4                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                              | 570003208; 570002335                                                                                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-04-20                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 2</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                          | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 477104047; 605324153                                                                                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                             | 050637922                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                      | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 477104004                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień                                                                                                | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                              | 477104004                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 3</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                          | Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży                                                                                      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11                                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 864733626                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                             | 450665024                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Punkt szczepień                                                                                                                                    | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11                                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                              | 864733626                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | Punkt szczepień                                                                                                                                    | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11                                                                                                            |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                              | 880320272                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                           |                                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                          | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1                                                                                              | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Łomża 18-404 Reymonta 9                                                                                                                            |                              | 4                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                              | 880320272                                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-04-22                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                                  |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                          | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 880320272                                                                                    |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-04-22                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 4</b> |                                                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                          | Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach                                     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875629421                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                             | 790319362                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia chorób zakaźnych                                                                    | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875629421                                                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                       | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875629421                                                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                       | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875629579                                                                                    |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH      | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875629491                                                                                    |                       | 5                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-04-26                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 5</b> |                                                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                          | Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 862723271                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                             | 450666822                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia chorób zakaźnych                                                                    | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 862723271                                                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                              | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia medycyny pracy                                                                      | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 862723271                                                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                              |                       |                                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                  | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej             | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                      | 862723271                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Zespół transportu medycznego                                | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                      | 862723271                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia chorób zakaźnych                                   | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                      | 862722041                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia medycyny pracy                                     | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                      | 862722041                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej             | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                      | 664428462                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Zespół transportu medycznego                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                       | 2                                           |
| telefon/ telefony:                                                                      | 664428462                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MUZEUM MLEKA                 | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 36                        |                       | 4                                           |
| telefon/ telefony:                                                                      | 607821749                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-04-22                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 6 |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                      | 876444284                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                     | 790317038                                                   |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej              | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                      | 876444284                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                          |                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej              | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                      | 876444284                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                             |                       |                                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                                  |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 876444298                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 7</b> |                                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                          | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach                                                                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D                                                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875172314                                                                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                             | 790317340                                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                     | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D                                                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875172314                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                     | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D                                                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875172314                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                     | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D                                                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 875669040                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 8</b> |                                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                          | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 857488500                                                                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                             | 050657729                                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                                      | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 857488500                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                                      | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 857488500                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-03-09                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                           |                                                                                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                          | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                               | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                              | 857488358                                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                          | 2021-04-20                                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                       |                                                                                                                                                    |                       |                                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 9 |                                                           | szczepienie personelu                       | szczepienie populacyjne |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| nazwa:                                                                                  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce |                                             |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9                         |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856829202                                                 |                                             |                         |
| identyfikator REGON                                                                     | 050582500                                                 |                                             |                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | W                                           | -                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9                         |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856829202                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | P                                           | -                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9                         |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856829202                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                           | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9                         |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856829166                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Białowieża 17-230 Puszczańska 2                           |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 570849000                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Czeremcha 17-240 Duboisa 13                               |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856850000                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Dubicze Cerkiewne 17-204 Główna 63                        |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 570212005                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10                           |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856829006                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Narew 17-210 Kościelna 4                                  |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 856816035                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                                                          | rodzaj punktu*                                            | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |                         |
| nazwa:                                                                                  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej            | -                                           | POP                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Narewka 17-220 Kolejowa 1                                 |                                             |                         |
| telefon/ telefony:                                                                      | 570988690                                                 |                                             |                         |
| Data dodania do wykazu                                                                  | 2021-03-09                                                |                                             |                         |
| Data wykreślenia z wykazu                                                               |                                                           |                                             |                         |
|                                                                                         |                                                           |                                             | 1                       |

|                                                                                              |                                                                                             |                              |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>                                                       |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1                                       | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Hajnówka 17-200 3 Maja 54                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 856829237; 856829183                                                                        |                              | 3                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-04-23                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 10</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach                                     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Łąpy 18-100 Janusza Korczaka 23                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 858142439                                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                          | 050644804                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                             | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Łąpy 18-100 Janusza Korczaka 23                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 858142439                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-03-09                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                             | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Łąpy 18-100 Janusza Korczaka 23                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 858142439                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-03-09                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                    | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Łąpy 18-100 Piaskowa 9                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 857152294                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-03-09                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH IM STEFANA CZARNIECKIEGO W ŁAPACH | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Łąpy 18-100 Generała Władysława Sikorskiego 68                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 570500433; 570100433                                                                        |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-04-21                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    | 2021-07-09                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W CHOROSZCZY                           | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Choroszcz 16-070 Aleja Niepodległości 4                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 570600233; 570800633                                                                        |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-04-21                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    | 2021-07-09                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 11</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 857220463                                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                          | 050653170                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                        |                                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                       | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                           | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                            | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                           | 857220463                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                       | 2021-03-09                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                    |                                                                                             |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                   | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                                 | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 857220463                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                                 | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 857220533                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
|                                                                                          |                                                                                                   |                       | 1                                           |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE           | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40 lok. 31,34                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 857220501                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-04-22                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
|                                                                                          |                                                                                                   |                       | 2                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 12 |                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 858334330                                                                                         |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                      | 050584924                                                                                         |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Gabinet Zabiegowy                                                                                 | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 858334377                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Gabinet Zabiegowy                                                                                 | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 858334377                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                   | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 858334377                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
|                                                                                          |                                                                                                   |                       | 1                                           |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                   | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 10                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 856550522                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
|                                                                                          |                                                                                                   |                       | 1                                           |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                                                           |                                                                                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 858334393                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-04-22                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                                   |                       |                                             |
|                                                                                          |                                                                                                   |                       | 2                                           |



| Miejsce udzielania świadczeń 6                                                                   |                                                                               | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRAŃSKU | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 10                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 508091867                                                                     |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-22                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 13</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121206                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050583037                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121206                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121206                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suchowola 16-150 Goniądzka 21                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121206                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121206                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857121399                                                                     |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857226039                                                                     |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>                                                            |                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suchowola 16-150 Goniądzka 21                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857124401                                                                     |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                               |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 8                                                                   |                                                                                                        | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 510210246                                                                                              |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-26                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 14</b> |                                                                                                        | <b>szczerzenie personelu</b> | <b>szczerzenie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877590                                                                                              |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050652956                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | W                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877590; 668877530                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877590; 668877530                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Goniądz 19-110 Konstytucji 3 Maja 1                                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877587; 668877530                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Jasionówka 19-122 Jasionówka 21                                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877577; 668877530                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Jaświły 19-124 Jaświły 13                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877579; 668877530                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Krypno Wielkie 19-111 Krypno Wielkie 6                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877583; 668877530                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 668877578                                                                                              |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>                                                            |                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE                                                 | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mońki 19-100 Tysiąclecia 15                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 727793570                                                                                              |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-23                                                                                             |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                        |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 15</b> |                                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach                                                                                |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856552825                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050653482                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej                                                                                     | <b>W</b>                     | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 500652680                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                                                                                               | <b>P</b>                     | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bacieki Średnie 68                                                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 500652680                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Mielnik 17-307 Piaskowa 38                                                                                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 500652680                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 500652680                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH                                                 | -                            | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856552554; 856552308; 856560303; 856555948; 856550466; 693100085; 571923715; 668356860; 510494137; 693639074; 571923716; 571923717; 513728164 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-19                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 16</b> |                                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Szpital Ogólny w Kolnie                                                                                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69                                                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862782350                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450667610                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                 | <b>W</b>                     | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69                                                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862782350                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                 | <b>P</b>                     | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69                                                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862782350                                                                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                               |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                   | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                   | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 862739358                                                                       |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA W KOLNIE                           | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Kolno 18-500 Marii Dąbrowskiej 4                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 862739369                                                                       |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-04-23                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 17 |                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                   | Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem                                          |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 864775501                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                      | 450666236                                                                       |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Punkt szczepień                                                                 | W                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 864775501                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Punkt szczepień                                                                 | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 864775501                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | Punkt szczepień                                                                 | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 864775450                                                                       |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-03-09                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - URZĄD MIASTA WYSOKIE MAZOWIECKIE (W BUDYNKU MOK) | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Ludowa 19                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 862102003                                                                       |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-04-20                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                                                           |                                                                                 | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                   | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM           | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                        | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                       | 864775463                                                                       |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                   | 2021-04-20                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                |                                                                                 |                       |                                             |

|                                                                                                  |                                                                    |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 18</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856648519                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050692045                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowy                                                  | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856648519                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowy                                                  | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856751905                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 19</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857167624                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 451097214                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza POZ                                               | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857167624                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza POZ                                               | <b>P</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857167624                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia Lekarza POZ                                               | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857167049                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 20</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Szpital Powiatowy w Zambrowie spółka z o.o.                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862763600                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 451153332                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza POZ                                                | <b>W</b>                     | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862763600                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                      | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862763667                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                      | <b>-</b>                     | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862763667                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                    |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                                   |                                                                                                      | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SP Z O.O.                               | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862763681; 862763644                                                                                 |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-20                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 21</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 17                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857450500                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 001406394                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                       | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-274 Waszyngtona 17                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857450547                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                        | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-274 Waszyngtona 17                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857450547                                                                                            |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 22</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-027 Ogrodowa 12                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856646888                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050657379                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Diagnostyczno- zabiegowe                                                                    | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-027 Ogrodowa 12                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856646729                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII - CENTRUM MEDYCZNE RODZINA             | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-660 Wincentego Witosa 15B                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 853070885                                                                                            |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-29                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 23</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej Im. Dr. Stanisława Deresza W Choroszcy |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Choroszcz 16-070 pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857191091                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050580458                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień                                                  | P                            | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Choroszcz 16-070 Pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857191091                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                                   |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPP ZOZ W CHOROSZCZY                                | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Choroszcz 16-070 Pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 723576222; 609349904                                                               |                       | 4                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-21                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 24</b> |                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum" pod Wezwaniem Świętego Ducha |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Rybaki 3                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862166616                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 450084959                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Hospicjum stacjonarne                                                              | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Rybaki 3                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862166616                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 25</b> |                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej Im. Jana Pawła II W Suwałkach      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 54                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875676910                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 790376383                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Opiekuńczo Leczniczy                                                        | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 54                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875676910                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Opiekuńczo Leczniczy                                                        | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 54                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875676910                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        | 2021-07-23                                                                         |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 26</b> |                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875662233                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 790317937                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej                                   | P                     | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875662233                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                    | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Poradnia rehabilitacji leczniczej dla dorosłych                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875662233                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                    |                       |                                             |

|                                                                                                  |                                                                                                          |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 27</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Suwałkach                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 62                                                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875626400                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790244055                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Oddział Psychiatryczny                                                                                   | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 62                                                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875626400                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Izba przyjęć                                                                                             | <b>-</b>                  | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Szpitalna 62                                                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875626400                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 28</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy W Szczuczynie                                                                 |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szczuczyn 19-230 Szpitalna 1                                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862725029                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450718950                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | DZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY                                                                               | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szczuczyn 19-230 Szpitalna 1                                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862725029                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 29</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej W Augustowie                                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876434704                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 791006056                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Hospicjum Stacjonarne                                                   | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876434704                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W AUGUSTOWIE | <b>-</b>                  | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876434704                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-20                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |



|                                                                                                  |                                                                  |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 30</b> |                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krynkach |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857228486                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 052023147                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                  | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857228486                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 31</b> |                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | NZOZ "Md Care" Sp. z o.o.                                        |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dworaki-Staški 18-218 Dworaki-Staški 46                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864763421                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 200250564                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                  | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dworaki-Staški 18-218 Dworaki-Staški 46                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864763421                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | NZOZ "MD CARE" Sp. z o.o.                                        | <b>-</b>                  | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dworaki-Staški 18-218 Dworaki-Staški 46                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864763421                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 32</b> |                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Holmed Uzdrowisko Sp. Z O.O.                                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Supraśl 16-030 Uroczysko Pustelnia 1                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857222122                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 364736615                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny                                 | <b>P</b>                  | <b>-</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Supraśl 16-030 Uroczysko Pustelnia 1                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857222122                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 33</b> |                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANUS" ANNA AGATA MAZUR   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857452708                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050529204                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                    | <b>-</b>                  | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857452708                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                    | <b>-</b>                  | <b>1</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857452708                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                           |                                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 34</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej                |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 1/27                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862156949                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450665627                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Wyszyskiego 10                         |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862185463                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza Rodzinnego Filia w Szczepankowie    | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szczepankowo 18-411 Szczepankowo 60                 |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 606368669                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Piątnicy        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Piątek 18-421 Czarnocka 14                          |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862192716                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Wiźnie          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wizna 18-430 Plac Kapitana Władysława Raginisa 31   |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862196017                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia Jedwabnem         | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Jedwabne 18-420 Łomżyńska 21                        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862172012                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Nowogrodzie     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nowogród 18-414 Miastkowska 5                       |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862175516                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Miastkowie      | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Miastkowo 18-413 Długa 1                            |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862174819                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>                                                            |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Przytułach      | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Przytuły 18-423 Supska                              |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862177011                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                     |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 9                                                                   |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ŚWIETLICA WIEJSKA W GIEŁCZYŃNIE                                       | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Giełczyn 18-400 Spokojna 12                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 788680252                                                                                            |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-26                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 35</b> |                                                                                                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| 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                                                                              | 050622576                                                                                            |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | zakład pomocy doraźnej                                                                               | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-874 Poleska 89                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856637301                                                                                            |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 36</b> |                                                                                                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862722518                                                                                            |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 450666839                                                                                            |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                      | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Radziłów 19-213 Gumienna 14                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862736067                                                                                            |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                      | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szczuczyn 19-230 Krzywa 2                                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862725021                                                                                            |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                      | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wąsosz 19-222 Plac Rządiana 11                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862731048                                                                                            |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA PRZY ZSP W SZCZUCZYŃNIE                                 | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szczuczyn 19-230 Plac 1000-Lecia 14                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862735080                                                                                            |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-04-22                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 37</b> |                                                                                                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | "Przychodnia Rodzinna" s.c.                                                                          |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-794 Gajowa 75                                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856620796                                                                                            |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 050650118                                                                                            |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                      | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                        | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-794 Gajowa 75                                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856620796                                                                                            |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                           |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                      |                       |                                             |

|                                                                                                  |                                                                                                  |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 38</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Jan Wądołowski                                                                                   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862703004                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050543291                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                                                       | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11                                                             |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862703004                                                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 39</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 1 s.c.<br>Elżbieta Urbańska-Żero, Mirosława Stradczuk, Jan Kazberuk |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Gen. Władysława Andersa 7A                                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856556419                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050830866                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 Gen. Władysława Andersa 7A                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856556419                                                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 40</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Wanda Maria Kurowska-Kowalewska                                                                  |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40                                                                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862140001                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450185583                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 604970366                                                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 41</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza Rodzinnego Maciej Makarewicz                                                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862722706                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450183868                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                                        |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 696969866; 862722706                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 42</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna" Jacek Obrączka                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875657753                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790251747                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Emilii Plater 7/03                                                                |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 510323947                                                                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                  |                           |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                                   |                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 510323944                                                        |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 43</b> |                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | MEDYK IRENA BIELAWSKA-SKOWROŃSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA        |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sokółka 16-100 Marsz. Józefa Piłsudskiego 9A                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857112669                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 050669891                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Lekarza POZ                                              | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sokółka 16-100 Marsz. Józefa Piłsudskiego 9A                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857112669                                                        |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 44</b> |                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Teresa Czarniecka                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szepietowo 18-210 Lipowa 4A                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864762792                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 450045190                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864762792                                                        |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 45</b> |                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" - Abdulwahab Al-Murtatha |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Lachowo 18-500 Lachowo 41                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862787158                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 450156558                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Lachowo 18-500 Lachowo 41                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 604463513                                                        |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 46</b> |                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                           | Alicja Jadwiga Sutkowska                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 3                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862750039                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 450670433                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                  | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 3                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862740039                                                        |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                  |                       |                                             |

|                                                                                                  |                                                         |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 47</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Włodzimierz Bołtruczuk                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857385052                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450193750                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                         |                              |                                                    |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857385052                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                              |                              | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 48</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Wiesław Janiszewski                                     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Czyżew 18-220 Klonowa 35                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862755025                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450166344                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                         |                              |                                                    |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Czyżew 18-220 Polna 5B                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862755025                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                              |                              | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 49</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Mariusz Szczupak                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kołno 18-500 Dębowa 21                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862785009                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450115275                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                         |                              |                                                    |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | STAWISKI 18-520 ŁOMŻYŃSKA 8                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862785009                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                              |                              | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 50</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Lipsk 16-315 Rynek 7                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876423009                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790669748                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                         |                              |                                                    |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Lipsk 16-315 Rynek 7                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876423009                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                              |                              | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 51</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Bogumiła Augustynowicz                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-560 Sowlańska 3/U2                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857437642                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050831162                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                         |                              |                                                    |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-560 Sowlańska 3/u2                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857437642                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                              |                              | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                         |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                               |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 52</b> |                                                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | L.S. Kisiel spółka jawna                                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Jaćwieska 18                                                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876434129                                                                                                                     |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790273542                                                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Jaćwieska 18                                                                                                  |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876434129                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                    |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                               |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 53</b> |                                                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Marzena Więckowska                                                                                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II                                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862183950                                                                                                                     |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450183354                                                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II                                                                                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862183950                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                    |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                               |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 54</b> |                                                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Jolanta Krajewska                                                                                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Stara Łomża przy Szosie 18-400 Słoneczna 17                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862150232                                                                                                                     |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450183006                                                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                             | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Gen. Władysława Sikorskiego 95A                                                                                  |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862150232                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                    |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                               |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 55</b> |                                                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Mariola Wandruk-Lewoniewska                                                                                                   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sobolewo 15-509 Tygrysia 34                                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 505003123                                                                                                                     |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050800760                                                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sobolewo 15-509 Szosa Baranowicka 80                                                                                          |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857402001                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                    |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                               |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 56</b> |                                                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | AKADEMICKA PRAKTYKA MEDYCINY RODZINNEJ BIELSKA, CHLABICZ, CZARNOWSKI, OŁTARZEWSKA, SAWICKA-POWIERZA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-301 Mazowiecka 33                                                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857440950                                                                                                                     |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050832003                                                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                             | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-301 Mazowiecka 33                                                                                                |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857440950                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                    |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                               |                           |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                            |                              |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 57</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                           | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ BACIECZKI SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-744 Hugo Kołłątaja 75                                                                         |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856640111                                                                                                  |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                              | 050851041                                                                                                  |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                              | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-687 Komisji Edukacji<br>Narodowej 3/U3                                                        |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856640111                                                                                                  |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                            |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 58</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                           | Domesticus Krauze i Partnerzy. Spółka<br>Lekarzy                                                           |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-644 Storczykowa 5                                                                             |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856636884                                                                                                  |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                              | 050852342                                                                                                  |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Przygotowawczo-Zabiegowy<br>(szczepienny)                                                          | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-644 Storczykowa 5                                                                             |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856636884                                                                                                  |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                            |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 59</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                           | Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 2 B.<br>Kazberuk, H. Kochanowska, M. Hruświcka,<br>H. Tynkiewicz-Osiejuk s.c. |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 26                                                                         |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856561080                                                                                                  |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                              | 050852744                                                                                                  |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                            | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 26                                                                         |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 882503332                                                                                                  |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                            |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 60</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                           | Ałta Sosna-Pawluczuk                                                                                       |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2                                                                      |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857305094                                                                                                  |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                              | 050582931                                                                                                  |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                          | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2                                                                      |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857305094                                                                                                  |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                            |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                          | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                                           |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857304904                                                                                                  |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                            |                              |                                                        |



|                                                                                                  |                                                                                     |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 61</b> |                                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Czyżach Danuta i Sławomir Hackiewicz s.c.   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Czyże 17-207 Czyże 74                                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856813513                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050853531                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Czyże 17-207 Czyże 74                                                               |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856813513                                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 62</b> |                                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarski w Nurcu Stacji spółka cywilna |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856575005                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050854648                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Milejczyce 17-332 Wodociągowa 2                                                     |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856579011                                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5                                                      |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856575005                                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 63</b> |                                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | "HAJMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Hajnówka 17-200 Marszałka Józefa Piłsudskiego 10                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 858731441                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050851503                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowy                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Hajnówka 17-200 Marszałka Józefa Piłsudskiego 10                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 858731441                                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 64</b> |                                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Andrzej Perkowski                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862722706                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450175640                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowy                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 500476787; 862722706                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                     |                           |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 65</b> |                                                                                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Grażyna Biruta Pawłowska                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1                                                                                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 604284205                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450055811                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1                                                                                                                             |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862790053                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 66</b> |                                                                                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Alicja Kuraszińska                                                                                                                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10                                                                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862774999                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450197468                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                                                                                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10                                                                                                                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862774999                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 67</b> |                                                                                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 ks. Kardynała Wyszyńskiego 9                                                                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862166556                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450672975                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9                                                                                                                      |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862166555                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 68</b> |                                                                                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "PODSTAWOWA OPIEKA<br>ZDROWOTNA" JÓZEF MALINOWSKI, JACEK<br>LUBECKI, MAREK ROMANOWICZ, MAREK<br>STOJAK SPÓŁKA CYWILNA |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/7                                                                                                                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862750422                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 200007527                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Jabłonka Kościelna 18-200 Jabłonka<br>Kościelna 55                                                                                                             |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862745003                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Klukowo 18-214 Mazowiecka 12                                                                                                                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862774510                                                                                                                                                      |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                                                |                           |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                      |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kobylin Borzymy 18-204 Lipowa 15                                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862743013                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Rosochate Kościelna 18-220 Wierzbowa 10                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862701048                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suchowola 16-150 Plac Kościuszki 2                                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856630991                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suraż 18-105 11 Listopada 16                                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857155627                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szypliszki 16-411 Suwalska 23                                                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875685072                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 7                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862750422                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 69</b> |                                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarzy Rodzinnych "LIDER" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Mostowa 1                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876433727                                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790666201                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Mostowa 1                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876433708                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 70</b> |                                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | ZDZISŁAW SADOWSKI                                                                                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51                                                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876432764                                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790179412                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                    | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51                                                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 846432764                                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                      |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                             |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 71</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | "POLSKA GRUPA FARMACEUTYCZNA"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Nowogrodzka 151A                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862152740                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 004250722                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowy                                                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łomża 18-400 Al. Józefa Piłsudskiego 82                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862152740                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 72</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | PRZYCHODNIA RODZINNA PŁASKA SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Płaska 16-326 Płaska 54                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876418725                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 385835864                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Płaska 16-326 Płaska 54                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876418725                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 73</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | NUTRIX E. MAKOWSKA I WSPÓLNICY<br>SPÓŁKA JAWNA                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Kościelna 8                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876436380                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790669990                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Pielęgniarki POZ                                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Augustów 16-300 Kościelna 8                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 501641995                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 74</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Alicja Leończyk Dariusz Leończyk s.c.                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-203 Os. Południe 9                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 862724350                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 450709655                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Grajewo 19-203 Os. Południe 9                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 872724350                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 75</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ZŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS" |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bargłów Kościelny 16-320 Augustowska 21                                                                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876424001                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790748028                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                                     | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bargłów Kościelny 16-320 Augustowska 21                                                                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 876424001                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                         | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Jeleniewo 16-404 Sportowa 3                                                                                                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875621715                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 76</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | MEDICUS ELIZA JOANNA JURGIEL, ANNA ROGALEWSKA SPÓŁKA JAWNA                                                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21                                                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857191999                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050700566                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21                                                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 501501956                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 77</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | WA-MED A. JASIŃSKA-WOJTULEWICZ I K. ŁAZARSKA SPÓŁKA JAWNA                                                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wasilków 16-010 Kryńska 32                                                                                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857185222                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050698177                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                                                     | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wasilków 16-010 Kryńska 32                                                                                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857185222                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 78</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | MEDICUS S.C. K.BANDYSZEWSKA, J. DOJLIDA, A. KALINOWSKI, B. KONDRACIUK, A. WOJSZWIŁO, J. WASILEWSKA, M. ŚLIŻEWSKI                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łąpy 18-100 Główna 53A                                                                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857152291                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050698131                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                       | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łąpy 18-100 Główna 53A                                                                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857152291                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                                       |                           |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                                 |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 79</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | "VITA" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857302926                                                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050698770                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857302926                                                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 80</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | "GRODMED" spółka cywilna                                                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Gródek 16-040 Fabryczna 1                                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857180051                                                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050700773                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Gródek 16-040 Fabryczna 1                                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857180051                                                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 81</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | "Twój Lekarz" B. Rucińska, A.T. Wakulewska, M. Zabrocka-Podolec - spółka partnerska lekarzy                     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 20                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857303523                                                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050697410                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                                                                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 20                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857303523                                                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 82</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Pielęgniarski Zakład Opieki Zdrowotnej "VEA" spółka cywilna Łąpińska Weronika, Szpakowska Antonina |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łąpy 18-100 Główna 53A                                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857157363                                                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050698125                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Łąpy 18-100 Główna 53A                                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857157363                                                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                                 |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                 |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 83</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. J.<br>DZIENISZEWSKI, A. CHLABICZ, M.<br>MAKSIMOWICZ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Michałowó 16-050 Szkolna 20/1                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857189606                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050700721                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Michałowó 16-050 Szkolna 20/1                                                   |                              | <b>3</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857189606                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 84</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | ALMA MED SPÓŁKA CYWILNA MAJA<br>BORUCH, ADAM BORUCH                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Boćki 17-111 Grunwaldzka 1                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857313143                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050690632                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Boćki 17-111 Grunwaldzka 1                                                      |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857313143                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 85</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Spółka Cywilna MEDMAL                                                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Supraśl 16-030 Dolna 19A                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857183470                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050695693                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Supraśl 16-030 Dolna 19A                                                        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857183470                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 86</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Maria Sałatowska-Krynicka                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Janów 16-130 Sportowa 4                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857216785                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050686100                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Janów 16-130 Sportowa 4                                                         |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857216785                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                 |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 87</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | S.C. Joanna Paszko-Wojtkowska, Bogdan<br>Szorc                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-264 Konstantego<br>Ciołkowskiego 27                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857371124                                                                       |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050701318                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                 | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Wyszki 17-132 Kościelna 2                                                       |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857371124                                                                       |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                      |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                 |                              |                                                    |

|                                                                                                  |                                                                                                          |                           |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | NZOZ "LEKARZ RODZINNY" JOANNA M. SZELĄG                                                                  |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 858681388                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050689876                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                          | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 858681388                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 89</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | NZOZ „EL-MED” Elżbieta Kopciowska                                                                        |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Korycin 16-140 Rynek 7                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857219009                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050640798                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Korycin 16-140 Rynek 7                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857219009                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 90</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna i Specjalistyczna "Falmed" Elżbieta Falejczyk |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sejny 16-500 1 Maja 4                                                                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875162508                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 790079248                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Dziemianówka 16-506 Dziemianówka 7                                                                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875165032                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                            | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sejny 16-500 1 Maja 4                                                                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875162508                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 91</b> |                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                           | Mirosław Tkaczuk                                                                                         |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 46                                                                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 600875034                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050834692                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                            | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Działkowice 17-306 Działkowice 47                                                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856571025                                                                                                |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                               |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                          |                           |                                                    |



|                                                                                                  |                                                                                                    |                    |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 92</b> |                                                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                           | "VITA" SPÓŁKA CYWILNA MIROSLAWA JASIŃSKA, SŁAWOMIR KANTOR, LUCYNA BARANOWSKA, EWA SZUCHNICKA-GÓRKA |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857220507                                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 051991092                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczyeń                                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40/lok.5a                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857220507                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 93</b> |                                                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                           | "KRYNMED" I. Hansson, B. Rogalska, A. Pańkowska - Spółka Partnerska Lekarzy                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857228046                                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 051994587                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857228046                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Nowe Piekuty 18-212 Główna 6                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 864761919                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczyeń                                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Szudziałowo 16-113 Szkolna 4                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857221413                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 94</b> |                                                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                           | SPÓŁKA CYWILNA JANINA I SŁAWOMIR CHMARO                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kuźnica 16-123 Sokółska 41                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857224336                                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 051993553                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczyeń                                                                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Kuźnica 16-123 Sokółska 41                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857224336                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 95</b> |                                                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                           | Adam Wojciech Cukrowski                                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zawady 16-075 Sienkiewicza 7                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 604992811                                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                              | 050554981                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                                                    | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Zawady 16-075 Sienkiewicza 7                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857140009                                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                                                    |                    |                                             |

|                                                                                                  |                                                                             |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 96</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | LEKARSKA SPECJALISTYCZNA<br>SPÓŁDZIELNIA PRACY "ESKULAP"                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857450031                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 000406452                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-437 dr Ireny Białówny 9/1                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857416901                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Punkt szczepień                                                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 857450038                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 97</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | STANISŁAW TOPCZEWSKI                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Poświętne 18-112 Poświętne 11                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856501379                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 050826876                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Poświętne 18-112 Poświętne 11                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 603880735                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 98</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | MEDVITA WIERCIŃSKA, KRAWIEL SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-662 Stroma 11/2                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856763856                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 052233324                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Białystok 15-662 Stroma 11/2                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 856763856                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 99</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                           | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"Poradnia Medycyny Rodzinnej" s.c. |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 855671597                                                                   |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                              | 791010193                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                            |                                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                           | Gabinet Szczepień                                                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                               | 875671597                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                           | 2021-03-09                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                        |                                                                             |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 100</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY<br>OŚRODEK ZDROWIA W PUŃSKU                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Puńsk 16-515 Szkolna 26                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875161011                                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 790997323                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień                                                                |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Puńsk 16-515 Szkolna 26                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875161011                                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 101</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | KERIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza<br>3                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857188034                                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 366323449                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza<br>3                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857188034                                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 102</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Spółka Cywilna "Sup Med" Bożena<br>Narewska, Maria Wasilewska -<br>Sacharewicz |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Supraśl 16-030 Dolna 21                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857183523                                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052133344                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Supraśl 16-030 Dolna 21                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857183523                                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 103</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Krzysztof Jakubowski                                                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-617 Nowosielska 34                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856618132                                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050525465                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-617 Nowosielska 34                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856618132                                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 104</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "MEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862150135                                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451187963                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 602104438                                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                               |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 105</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Iwona Okuła                                   |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857482312                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050348916                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857482312                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 106</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PULS WALENTYNA GOŁOBURDA SPÓŁKA JAWNA.        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-264 Konstatego Ciołkowskiego 27  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857482320                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052214893                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-264 Konstatego Ciołkowskiego 27  |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 514354059                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 107</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Urszula Bonda                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856639144                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052210783                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856639144                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 108</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Zbigniew Hakało                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Ostrowska 4B                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 501765775                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052202476                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                             | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szumowo 18-305 Przeździeckiego 6              |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862707015                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                               |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                    |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 109</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH. D. I T. TROJANOWSCY. SPÓŁKA JAWNA"                |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Sztabin 16-310 Augustowska 45                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876412013                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 790753265                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Sztabin 16-310 Augustowska 45                                                      |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876412013                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 110</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Jan Busiński                                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Nowinka 16-304 Nowinka54                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876419535                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 790051971                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                      | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Nowinka 16-304 Nowinka 54                                                          |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876419535                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 111</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" w Krasnopolu - Małgorzata Ewa Puza |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875164026                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 790368567                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3                                            |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875164026                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 112</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | KORAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Raczki 16-420 Nowe Osiedle 4                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875685019                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 366288664                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Raczki 16-420 Nowe Osiedle 4                                                       |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875685019                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                    |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                             |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 113</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | GRUPA ZDROWIE ŁOMŻA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Kazańska 2                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862189244                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451154923                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowy                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Kazańska 2                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862189244                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 114</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Mariola Szczępek                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Przerośl 16-427 Suwalska 2A                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875691069                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 510372439                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Przerośl 16-427 Suwalska 2A                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875691069                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 115</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | KRÓL - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-814 Generała Józefa Hallera 8                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856543990                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052197054                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-814 Generała Józefa Hallera 8                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856543990                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 116</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | SIENKIEWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-183 Siewna 2                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 693710187                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052130593                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza POZ                                         | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-183 Siewna 2                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 793794105                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                     |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 117</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Spółka Cywilna "Siloe" Katarzyna Jachimowicz Justyna Łozowska -Siemionow            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856760059                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052030236                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2                                           |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856760059                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 118</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Iwona Wasiluk                                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Grodzisk 17-315 Bielska 4                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856568516                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050846666                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Grodzisk 17-315 Bielska 4                                                           |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856568516                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 119</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA Anna Romanik i Partnerzy                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857451408                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052009785                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5                                                |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857451408                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 120</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Ewa Jarmoc i Ewa Oksimowicz-Spółka Partnerska Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7/1                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856505279                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052012161                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7/1                                             |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856505279                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                     |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                     |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 121</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | OŚRODEK ZDROWIA "MEDFIL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Juchnowiec Dolny 16-061 Słoneczna 19                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857196099                                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 383934728                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Bogdanki 16-061 Bogdanki 10                                                                         |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857196202                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 122</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRYMUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875630813                                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 791008902                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                                | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27                                                               |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875630813                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 123</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Ludwik Szolc i Marek Ziniewicz - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Drohiczynie - spółka jawna |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856557022                                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 051994707                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12                                                                      |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856557022                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 124</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITAMED" GIENNADJU PERMIAKOW                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6                                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856578560                                                                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052141898                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6                                                                        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 508266950                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                     |                              |                                                    |



|                                                                                                   |                                                                                                                           |                              |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 125</b> |                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY BILBIN,<br>POPIEL-KRZYWICKA, WRÓBLEWSKA<br>PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH PRO<br>MEDICA CENTRUM |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-445 Al. Józefa Piłsudskiego 4A                                                                               |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856522585                                                                                                                 |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 052213758                                                                                                                 |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                         | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-445 Al. Józefa Piłsudskiego 4A                                                                               |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856522585                                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                           |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 126</b> |                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | Michalska - spółka partnerska lekarzy                                                                                     |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-054 Mieszka I 8c/15                                                                                          |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857328816                                                                                                                 |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 052221019                                                                                                                 |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                         | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-054 Mieszka I 8c/15                                                                                          |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857328816; 695523220                                                                                                      |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                           |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 127</b> |                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | Dąbrowski i partnerzy. Spółka Partnerska<br>Lekarzy                                                                       |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-756 Swobodna 24                                                                                              |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856532998                                                                                                                 |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 052218320                                                                                                                 |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                         | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-756 Swobodna 24                                                                                              |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856532998                                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                           |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 128</b> |                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | Fok-Orłowska Spółka Partnerska Lekarzy                                                                                    |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-222 Adama Mickiewicza 14                                                                                     |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857415346                                                                                                                 |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 052210926                                                                                                                 |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                         | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-222 Adama Mickiewicza 14                                                                                     |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 500224285                                                                                                                 |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                           |                              |                                                        |

|                                                                                                   |                                                                                                            |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 129</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Hanna Biziuk i Partnerzy Spółka Partnerska<br>Lekarzy                                                      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857425974                                                                                                  |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052218661                                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857425974                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 130</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Prokop - Spółka Partnerska Lekarzy                                                                         |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-863 Radzymińska 16/25                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856520809                                                                                                  |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052219301                                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-863 Radzymińska 16/25                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 517484195                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 131</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02                                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857324151                                                                                                  |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 365285623                                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02                                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857324151                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 132</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Przychodnia Lekarska "Na Bema" Barbara<br>Lewandowska i Krystyna Żmijewska-<br>Ziniewicz-Spółka Partnerska |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/26                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857442603                                                                                                  |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052215125                                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/26                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857442603                                                                                                  |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                 |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                            |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                               |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 133</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | SPÓŁKA PARTNERSKA BARTNICKA, BOUŻYK-<br>MASŁOWSKA, DOLIŃSKA - LEKARZE                         |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/6                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857426035                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052212807                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/6                                                         |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857426035                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 134</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | COR-MED KOMASZYŁO I WSPÓLNICY<br>LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                   |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856510461                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052225336                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A                                                            |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856510461                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 135</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | LEKARZE RODZINNI - "3" SPÓŁKA Z<br>OGRODNICZĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864798855                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451183066                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                             | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1                                                         |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864798855                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 136</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "AKADEMIK" SPÓŁKA Z<br>OGRODNICZĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-173 Jarosówka 53                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857485808                                                                                     |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 366980644                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-267 Akademicka 3                                                                 |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857485808                                                                                     |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                    |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                               |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                                          |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 137</b> |                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Stanisław Bernatowicz                                                                                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kołłątaja 1                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857121866                                                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050583356                                                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kołłątaja 1                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 502610250                                                                                                                |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 138</b> |                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Centrum Medyczo Stomatologiczne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. Magdalena Stankiewicz, Mirosława Modzelewska. |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czyżew 18-220 Szkolna 21                                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862755021                                                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451204147                                                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czyżew 18-220 Polna 5B                                                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862755021                                                                                                                |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 139</b> |                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | MEDIMED I. Panasiuk, T. Piechocka, A. Gryko-Przychodnia Lekarzy Rodzinnych Spółka Partnerska                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-746 Juliana Tuwima 1/2                                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856527477                                                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052248283                                                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-746 Juliana Tuwima 1/2 lok2                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856527477                                                                                                                |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 140</b> |                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Jarocka i Partnerzy - Spółka Partnerska Lekarzy                                                                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-490 Nowogródzka 6/13                                                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 500768861                                                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052234588                                                                                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                            | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-471 Fabryczna 27/ lokal 1/15                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 500768861                                                                                                                |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                          |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                         |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 141</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | NASZA PRZYCHODNIA IZABELA MARIA MAŁYSZKO, ANDRZEJ MAŁYSZKO SPÓŁKA JAWNA |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857101999                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200089347                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                           | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1                                      |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857101999                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 142</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA DOROTA SIANOWSKA I DARIUSZ MICHAŁ DUDAREWICZ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875687228                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200135604                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wiżajny 16-407 Sejneńska 14                                             |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875670606                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1                                             |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875687228                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 143</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "ZDROWIE H. Pisawocka, J.B. Krutel Spółka Partnerska Lekarzy"           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856822777                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200158628                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22                                         |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856822777                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 144</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kraków 31-864 prof. Michała Życzkowskiego 16                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 122950100                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 356366975                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień, Białystok, ul. Storczykowa 5 lok. 104                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-644 Storczykowa 5/104                                      |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 695133965                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                         |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                                                                    |                                                                                                  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień, Łomża, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 239                                             | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Gen. Władysława Sikorskiego 239                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 663681524                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                  |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 145</b> |                                                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | NZOZ MEDYK w Mońkach - D. Biedrzycka, I. Galińska - Kałucka, M. Mytnik, S. Sawicka, Spółka Jawna |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mońki 19-101 Tysiąclecia 21/1                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857164103                                                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200178329                                                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mońki 19-100 Tysiąclecia 21 lok. 1                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 506136846                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 146</b> |                                                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | NZOZ "Poradnia Rodzinna" Agnieszka Gosk                                                          |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-204 ks. Stanisława Andrukiewicza 4/3U                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857400187                                                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200081736                                                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-204 ks. Stanisława Andrukiewicza 4/3U                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857400187                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 147</b> |                                                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | Ewa Inez Borona                                                                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleszczele 17-250 Pl. Parkowy 9                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856818045                                                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200229995                                                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy                                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleszczele 17-250 Pl. Parkowy 9                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856818045                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 148</b> |                                                                                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | Andrzej Kuźmiński                                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czarnucha 16-300 Czarnucha 14                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 698668547                                                                                        |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200087733                                                                                        |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowy-szczepienny                                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Żarnowo Drugie 16-300 Żarnowo Drugie 16                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 698668547                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                       |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                  |                       |                                             |

|                                                                                                   |                                                                                                                  |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 149</b> |                                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Małgorzata Zielińska-Tyszka                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Piękna 3/B                                                                                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862165280                                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450196902                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Piękna 3B                                                                                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862165280                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 150</b> |                                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Joanna Redźko-Baszun                                                                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-634 Klepacka 4                                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856627444                                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200223780                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-634 Klepacka 4                                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856627444                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 151</b> |                                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Ewa Michnowska-Tryburska                                                                                         |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A                                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 608434709                                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050346410                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                  |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A gab. 8                                                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857460986                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 152</b> |                                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NA ZDROWIE Praktyka Lekarska M. Woińska, J. Gruszewska - Spółka Partnerska |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łąpy 18-100 Cmentarna 28                                                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856880082                                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200264796                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łąpy 18-100 Cmentarna 28                                                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856880082                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 153</b> |                                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MidMed Dorota Rybińska                                                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Brańsk 17-120 Kościelna 9                                                                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 696013580                                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200305207                                                                                                        | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                  |                           |                                                    |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Brańsk 17-120 Kościelna 9                                                                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857375367                                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                  |                           |                                                    |

|                                                                                                   |                                                               |                              |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 154</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | VILLA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-666 Miłosna 24                                   |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856537760                                                     |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 361928449                                                     |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                               | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-666 Miłosna 24                                   |                              | <b>1</b>                                               |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856537760                                                     |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                    |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                               |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 155</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | "PRO SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12                       |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876424014                                                     |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 200328740                                                     |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                             | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12                       |                              | <b>1</b>                                               |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876424014                                                     |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                    |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                               |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 156</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | Jacek Kofman                                                  |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-662 Stroma 5/35                                  |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 602616866                                                     |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 051980020                                                     |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                 | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szymki 16-050 Szymki 104a                                     |                              | <b>1</b>                                               |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857175628                                                     |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                    |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                               |                              |                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 157</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                         |
| nazwa:                                                                                            | Patrycja Klaudia Budna NZOZ Centrum<br>Medyczne " WARSZAWSKA" |                              |                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego<br>1/2                |                              |                                                        |
| telefon/ telefony:                                                                                | 858755355                                                     |                              |                                                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 200382544                                                     |                              |                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                               | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                 | -                            | <b>POP</b>                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego<br>1/2                |                              | <b>1</b>                                               |
| telefon/ telefony:                                                                                | 858755355                                                     |                              |                                                        |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                    |                              |                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                               |                              |                                                        |



|                                                                                                   |                                                             |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 158</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | WOLF TRADE Marcin Wilczko                                   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-343 Nowa 28                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 853070855                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200128047                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Centrum Medyczne RODZINA (gabinet diagnostyczno-zabiegowy)  | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-660 Witosa 15B gab 5                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856617155; 853070855                                        |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 159</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | TOR-MED w Holonkach s.c. Danuta, Jaśław i Stefan Torczyńscy |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Holonki 17-120 Holonki 63                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857373508                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200380077                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 19                              |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857376431                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Holonki 17-120 Holonki 63                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857373508                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 160</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Dariusz Zduńczyk                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Turośl 18-525 Jana Pawła II 36                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862723499                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450182449                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Turośl 18-525 Jana Pawła II 36                              |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 660687873                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 161</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | EVAMED SAFIEJKO - BARAŃSKA SPÓŁKA JAWNA                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856536363                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200653894                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856536363                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                   |                    |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 162</b> |                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                            | DUO-MED HANNA ZAREMBA, BOGDAN ZAREMBA SPÓŁKA JAWNA                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Rutki-Kossaki 18-312 Rynek 7                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862701013                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200652989                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Rutki-Kossaki 18-312 Rynek 7                                                      |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 608580690                                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 163</b> |                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                            | DORMED Dorota Lewko-Ninkiewicz, Jarosław Ninkiewicz spółka jawna                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-483 Fabryczna 4/1H                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857222755                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200659371                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-483 Fabryczna 4/1H                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 881333203                                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 164</b> |                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                            | Praktyka Lekarzy Rodzinnych "NA KLONOWEJ" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Klonowa 40/4U                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875677502                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200656208                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Klonowa 40/ 4U                                                     |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875677502                                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 165</b> |                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                            | IRMAMED Ośrodek Zdrowia M. Wasilewski Spółka Jawna                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ostrożany 17-312 Ostrożany 4                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856551402                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200676145                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Drohiczyn 17-312 Ostrożany 4                                                      |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 602852794                                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 166</b> |                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                                                                            | Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o.                                                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Augustów 16-300 Hoża 2B                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876435127                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 200697845                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Augustów 16-300 Hoża 2B                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876435127                                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                   |                    |                                             |

|                                                                                                   |                                                                                      |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 167</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRA MEDICA PRACZUKOWSCY SPÓŁKA JAWNA                                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857197099                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200737562                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                    | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857197099                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 168</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "Twój Lekarz Rodzinny A. Majewska, A. Zabielska-Dragowska Spółka Partnerska Lekarzy" |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-866 Zagumienna 10A                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857333545                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200733162                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-866 Zagumienna 10A                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857333545                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 169</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRZYCHODNIA RODZINNA "SOL-MED" TAMARA DRABIKOWSKA - CHMARA                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59/14U                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 695363419                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 052245451                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59/14U                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 730363419; 790771179; 858110437                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                      |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 170</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Kamińska Bożenna Praktyka Lekarska                                                   |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Filipów 16-424 Wólczajska 4                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875696040                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 790222912                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Filipów 16-424 Wólczajska 4                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875696040                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                      |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                     |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 171</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Pułtusk 06-100 Piotra Skargi 23/29                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 236921370                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 130135908                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Jabłoń Kościelna 18-212 Kolejowa 11                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864761356                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łopienie-Jeże 18-212 Łopienie-Jeże 35               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 505763326                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 172</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | ARTEMIUK EDYTA                                      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleosin 16-001 Zambrowska 36                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857170397                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200815842                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleosin 16-001 Zambrowska 36                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857170397                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 173</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Anna Chludzińska                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864760230                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200824060                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 606347520                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 174</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | EUROMED Agata Tarasiewicz                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857199578                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200137750                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857199578                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                     |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                             |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 175</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | ADAM I MARTA PIKTEL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czarna Białostocka 16-020 Szkolna 13                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 501795695                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200840580                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczybień                                             | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Sidra 16-124 Sokółska 31                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857211504                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 176</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Warszawa 02-676 Postępu 21 C                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 224504500                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 140723603                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                             | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-687 KEN 50/U4                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 223322888                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 177</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | "PULS" TOPOLSCY, OŁĘDZKA SPÓŁKA JAWNA                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Nowe Gizewo 12-100 Nowe Gizewo 1G                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862744008                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 281599909                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza POZ                                         | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kulesze Kościelne 18-208 Piękna 8                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862744008                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 178</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | "AM-medica" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-703 Aleja Jana Pawła II 77                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 858880222                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200874106                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                             | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Michałowo 16-050 Białostocka 20A                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 858880222                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 179</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | NASZE ZDROWIE SPÓŁKA CYWILNA                                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ciechanowiec 18-230 Dr. Olszewskiego 5                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862755379                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200888924                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                             | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ciechanowiec 18-230 Dr. Olszewskiego 5                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 513281362                                                   |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                  |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                             |                           |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 180</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRAKTYKA PIELĘGNIAREK<br>ŚRODOWISKOWYCH Agata Leszczyńska      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857332223                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 363186450                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Pielęgniarki POZ                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28                       |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857332223                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 181</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | MEDI-KOL AL-MURTATHA, PRUSINOWSKI<br>SPÓŁKA JAWNA              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 663434399                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200875117                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                              | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5                            |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 663434399                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 182</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAN<br>DROZD                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Przeździecko-Mroczi 18-300 Przeździecko-<br>Mroczi 5A/3        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862717501                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 050372582                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień                                                | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Przeździecko-Mroczi 18-300 Przeździecko-<br>Mroczi 5A/3        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862717501                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | MEDIRENA ZBIGNIEW MAREK MAŁYSKO,<br>IRENA MAŁYSKO SPÓŁKA JAWNA |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857375318                                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 365367380                                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34                                  |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857375318                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Rudka 17-123 Brańska 13                                        |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857302952                                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                         |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | BETESDA SPÓŁKA CYWILNA MONIKA KRYSIUK-WNUCZKO, KRZYSZTOF WNUCZKO                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856883276                                                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 368269790                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1                                                                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856883276                                                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 185</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PORADNIA RODZINNA "DLA ZDROWIA" - LEKARZE: A. KALINOWSKA, A. NADLEWSKA, Z. J. SKAKUJ SPÓŁKA PARTNERSKA. |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857187337                                                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 368226383                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857187337                                                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 186</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRZYCHODNIA RODZINNA - LEKARZE: DOROTA I STANISŁAW FALKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                          |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dąbrowa Białostocka 16-200 Jana Pawła II 15                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857120170                                                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 368247787                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                           | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Dąbrowa Białostocka 16-200 3 Maja 1C                                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857120170                                                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 187</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | PRZYCHODNIA DANMED - LEKARZE: BOGDAN I JOANNA DANIELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29/6                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862180478                                                                                               |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 369830690                                                                                               |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                         | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowy z funkcją szczepień                                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29/6                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862180478                                                                                               |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                              |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                         |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 188</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | CENTRUM MEDYCZNE KLEOSIN WIELICZKO<br>SPÓŁKA JAWNA                                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleosin 16-001 Zambrowska 14                                                                                                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856632069                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 369805522                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kleosin 16-001 Zambrowska 14                                                                                                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856632069                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 189</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | MEDICUS - MONIKA MARZEC-<br>DZIERŻANOWSKA, MARTA<br>DZIERŻANOWSKA SPÓŁKA JAWNA                                                        |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22                                                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857452152                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 369940734                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                         |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22                                                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857452152                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 190</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Magdalena Bielonko                                                                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa<br>Polskiego 10/17A, 18A                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 503893600                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200850086                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa<br>Polskiego 10 lok 17a, 18a                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 503893600                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH CENTRUM<br>KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO NR 2 IM. ŚW.<br>JÓZEFA W BIAŁYMSTOKU |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-750 Broniewskiego 14                                                                                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 507816804                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-20                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 191</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | MEDYCYNĄ RODZINNA I CHIRURGIA -<br>LEKARZE - BOŻENA I GRZEGORZ<br>POGORZELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/2                                                                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862750842                                                                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 369832996                                                                                                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowy z punktem szczepień                                                                                                 |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2<br>lok. 2                                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862750842                                                                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                       |                           |                                                    |



|                                                                                                   |                                                |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 192</b> |                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "JARD" DZIEMIAN I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-703 Al. Jana Pawła II 54          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857489720                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200355145                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-399 Transportowa 4                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857422808; 857422809                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 193</b> |                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Mohammad Hassan Janghorbani                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 608515369                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451209943                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862116115                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 194</b> |                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | ARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mońki 19-100 Białostocka 83B/2                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 666889680                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 386508073                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mońki 19-100 Białostocka 83B/2                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 729922877                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 195</b> |                                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 43/20        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 500560748                                      |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 387162642                                      |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień COVID I                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-888 Wyszyńskiego 2/1 lok. 320     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 883757375                                      |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                     |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 196</b> |                                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICARE" - spółka cywilna                                                                                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kolno 18-500 Stanisława Milewskiego 36                                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862781981                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450855090                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kolno 18-500 Stanisława Milewskiego 36                                                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862781981                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                                        |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                                                                                                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mały Płock 18-516 Kochanowskiego 17                                                                                                               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862791313                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                                        |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 197</b> |                                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | "OMEGA" spółka cywilna                                                                                                                            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161                                                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862165869                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450716626                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161                                                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 516764069                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                                        |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 198</b> |                                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | SPÓŁKA CYWILNA "MEDYK" S.C.<br>WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: LESZEK<br>NICZYPORUK, ELŻBIETA NICZYPORUK,<br>STANISŁAW SIEROCKI, EDYTA<br>RADZISZEWSKA |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862771015                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450725890                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień                                                                                                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18                                                                                                                |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862771015                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                                        |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 199</b> |                                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Bożena Krystyna Brzozowska                                                                                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii<br>Krajowej 4                                                                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864771543                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450184490                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii<br>Krajowej 4                                                                                                    |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 864771543                                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                                        |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                                   |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                       |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 200</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FENIKS" S.C. - H.KLIMASZEWSKA, B.ŁUKAWSKA-PERKOWSKA, D.MEJZNER |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Grajewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862727500                                                                                             |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450811460                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Grjewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4                                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 516270022                                                                                             |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                            |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 201</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Stanisława Ołędzka                                                                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 608612882                                                                                             |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450211381                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 608612882                                                                                             |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                            |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 202</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Zbigniew Stokowski                                                                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Bęlda 19-206 Bęlda 43                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862733069                                                                                             |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450213240                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny                                                                         | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Bęlda 19-206 Bęlda 43                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862733069                                                                                             |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                            |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 203</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | REMEDIMUM MAŁGORZATA ŚLIWECKA, JOLANTA KASZUBA, EMILIA KULESZA SPÓŁKA JAWNA                           |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862184420                                                                                             |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 451157040                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Szczepień                                                                                     | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862184420                                                                                             |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                            |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                       |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 204</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Marek Dariusz Klimkiewicz                                                                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Działki 96-315 Główna 25                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 603157778                                                                                             |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 750134518                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                       | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-404 Księcia Janusza I 13                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 603157778                                                                                             |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                            |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                       |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                          |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                          | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59 6U                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 603157778                                                |                              | 3                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 205</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Piotr Zengota                                            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Bolesława Prusa 23/12                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862186667                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450182768                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Prywatna Praktyka Lekarska Zengota Piotr                 | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Małachowskiego 8/46                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 502101243                                                |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 206</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Q medica Sp. z o.o.                                      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856795102                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200275825                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Poradnia ginekologiczna                                  | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U               |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 604194364                                                |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 207</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Wioleta Woroniecka                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 604402399                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 381962695                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Medycyny Pracy                                   | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 574546913                                                |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 208</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                          | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 733002717                                                |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                             |                                                          | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 12   | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-111 KEN 1A                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 733002717                                                |                              | 10                                                 |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-23                                               |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                          |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                                                                    |                                                                                                                                    | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                                                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWO-WIDOWISKOWA SUWAŁKI ARENA                                                             | -                            | PSP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Zarzecze 26                                                                                                         |                              | 10                                                 |
| telefon/ telefony:                                                                                | 733002717                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-26                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         | 2021-07-05                                                                                                                         |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 209</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | J.Sawicka i Partnerzy - Spółka Lekarzy                                                                                             |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-402 Aleksandra Putry 9                                                                                                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875671060                                                                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 791008598                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet szczepienny                                                                                                                | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-402 Aleksandra Putry 9                                                                                                  |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875677365                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 210</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarzy "ESKULAP" Nowacki i Partnerzy                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27                                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875630833                                                                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 791068689                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                                      | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 lok. 48                                                                                      |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875630834                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 211</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | A&J Rodzinne Centrum Medyczne                                                                                                      |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 1 Maja 25                                                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 501493857                                                                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200664432                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Rodzinne Centrum Medyczne                                                                                                          | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 1 Maja 25                                                                                                           |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875682700                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 212</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarzy "POLI-MED" Chrościelewska, Kozłowska, Marcinkowska Spółka Partnerska |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Generała Kazimierza Pułaskiego 26 A                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875671066                                                                                                                          |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200108582                                                                                                                          |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                                                    | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Punkt szczepień                                                                                                                    | -                            | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Generała Kazimierza Pułaskiego 26 A                                                                                 |                              | 2                                                  |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875671022                                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-09                                                                                                                         |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                                                    |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                            |                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 213</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Spółka Lekarska "UNIMED" Jurska, Gasparska, Zdrodowski - Spółka Partnerska |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Białostocka 24                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713902                                                                  |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200104992                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet lekarza POZ                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Białostocka 24                                              |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713902                                                                  |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-24                                                                 |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 214</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKMED" Zdzisława Gołębiewska       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Białostocka 24                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713902                                                                  |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450166309                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet lekarza POZ                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Białostocka 24                                              |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713902                                                                  |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-24                                                                 |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 215</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                                          |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Warszawa 02-652 Samochodowa 5                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 225856265                                                                  |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 146394164                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Ambulatorium ogólne                                                        | -                         |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-535 Żurawia 69                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856549405                                                                  |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-03-24                                                                 |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 216</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | Barbara Grażyna Gębala-Jarocka                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Kazimierza Pułaskiego 2A                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713699                                                                  |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450165623                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Wyszyńskiego 6b                                             |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862713699                                                                  |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-08                                                                 |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 217</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                                                                            | MED Fire Łukasz Wolszczuk                                                  |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 18/35                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 735856999                                                                  |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 368036412                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                            | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Cmentarna 14 lok. 1 (parter)                                |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 735856999                                                                  |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-08                                                                 |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                            |                           |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                                                      |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 218</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza Rodzinnego Adam Kulesza                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Fabryczna 1                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 728569865; 862713565                                                                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450169970                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Gabinet Lekarza Rodzinnego Adam Kulesza                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Zambrów 18-300 Fabryczna 1                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 728569865; 862713565                                                                                 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-13                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 219</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży                                         |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Marii Curie Skłodowskiej 2                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862166703                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450199332                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>WOJEWÓDZKI OSRODEK PROFILAKTYKI I<br>TERAPII UZALEŻNIEŃ            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Marii Curie Skłodowskiej 1                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862166703                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-22                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 220</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Wojewódzka Stacja Pogotowia<br>Ratunkowego Samodzielny Publiczny<br>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                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>GMINNA HALA SPORTOWA W PIĄTNICY                                    |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Piątnica 18-421 Szkolna 29                                                                           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 789286136; 784555009                                                                                 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-04-23                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 221</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | GEMINI PHARM SP. Z O.O.                                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Gdynia 81-368 Świętojańska 16                                                                        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875662594                                                                                            |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 363362986                                                                                            |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                                                      | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | APTEKA GEMINI                                                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 1 Maja 6                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875662594                                                                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-24                                                                                           |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                                                      |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                                                             |                       |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 222</b> |                                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | APTEKA GEMINI HUTTER SP. Z O.O.                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wejherowo 84-202 Harcerska 10                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876431852                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 192971708                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Gemini Hutter Sp. z o.o.                                             | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 53                                         |                       | 4                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 876431852                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-24                                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                             |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 223</b> |                                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | CITO KIERNOZEK GRABOWSKI SPÓŁKA JAWNA                                       |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-794 Gajowa 59C                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856510958                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 870514656                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | APTEKA GEMINI                                                               | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-794 Gajowa 59C                                                 |                       | 2                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856510958                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-24                                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                             |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 224</b> |                                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | DCS Farmacja Sp. z o. o.                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60A                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 513714132                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 362016986                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Dr Max                                                                      | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 3                                          |                       | 3                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 513714132                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-28                                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                             |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 225</b> |                                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | APTEKA "MEDICINES" ANNA KOSSAKOWSKA-RYKACZEWSKA, BOŻENA PONIAT-SAWICKA S.C. |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Kazańska 10/7                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862181757                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 451201232                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Medicines                                                            | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Kazańska 10/7                                                  |                       | 1                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862181757                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-28                                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                             |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 226</b> |                                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                                                                            | PHARMACON SP. Z O.O. SP.K.                                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ruda Śląska 41-709 Niedurnego 83                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856763892                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                                                               | 060583288                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                                                             | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Dr.Max                                                               | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-950 Fabryczna 22                                               |                       | 2                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 856763892                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-28                                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                                                             |                       |                                             |



|                                                                                                   |                                           |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 227</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | BARBARA PIKULIŃSKA                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Kolno 18-500 1 Maja 4                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862245090                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 383488170                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | APTEKA NA DOBRE ZDROWIE                   | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Mały Płock 18-516 Potoczno 7a             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862245090                                 |                              | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-06-28                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 228</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | JOANNA NAZARKO-SADOWSKA                   |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-281 Legionowa 30/3           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857423095                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200073056                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Pod Gryfem                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-281 Legionowa 30/3           |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857423095                                 |                              | <b>3</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-07-02                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 229</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | GROFARM SPÓŁKA JAWNA GROMADA I WSPÓLNICY  |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-430 Przejazd 2A lok 4        |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 577238111                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200121358                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Rodzinna                           | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-845 Antoniukowska 56/16 i 17 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 577238111                                 |                              | <b>4</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-07-02                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 230</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | APTEKI RODZINNE PAWEŁ KOZIOŁ SPÓŁKA JAWNA |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/1A             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 787602020                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 200850732                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Nowa Apteka Rodzinna Epidauros            | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 ul. Księżnej Anny 29 lok 1   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 787602020                                 |                              | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-07-02                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 231</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Prywatna Paweł Kozioł              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Łomża 18-400 Staffa 14/4                  |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 530373700                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 791055534                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Prywatna Paweł Kozioł              | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Nowogród 18-414 Miastkowska 12            |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 530373700                                 |                              | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-07-02                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |

|                                                                                                   |                                           |                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 232</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Prywatna Sp. z o.o.                |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Ruda Śląska 41-709 Niedurnego 83          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857420513                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 360728116                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Dr. Max                            | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Białystok 15-369 Bema 2                   |                              | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 857420513                                 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2020-07-09                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 233</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Gemin Hutter Sp. z o.o.            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Wejherowo 84-200 Harcerska 10             |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875650082                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 192971708                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | Apteka Gemini                             | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Suwałki 16-400 Noniewicza 93A             |                              | <b>3</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 875650082                                 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2020-07-09                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/<br/>podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 234</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                                                                            | AGNIESZKA SIWIK-KARWOWSKA                 |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | GRAJEWO 19-203 KONSTYTUCJI 3-GO MAJA 2/10 |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862723875                                 |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                                                               | 450212185                                 |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                             |                                           | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                                                                            | DOZ APTEKA.DBAM O ZDROWIE NATURA          | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 2/10    |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony:                                                                                | 862723875                                 |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                                                                            | 2021-07-16                                |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                         |                                           |                              |                                                    |

\* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS - wyjazdowy punkt szczepień, APT - punkt szczepień w aptece ogólnodostępnej