

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji | | 2 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 Wołodzjowskiego 1 (Hala sportowa UMB) | | |
| telefon/ telefony: | 570194475 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy | | 2 |
| 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 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Klinika Dermatologii i Wenerologii z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej i Pododdziałem Dermatologicznym Dziennego Pobytu | | 1 |
| 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 9 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A | | |
| telefon/ telefony: | 570003208; 570002335 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczącą 2 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | 1 | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczącą 3 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 880320272 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczącą 4 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629579 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862722041 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862722041 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 664428462 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 664428462 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespólny 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | 5 |
| 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 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czeremcha 17-240 Dubois'a 13 | | |
| telefon/ telefony: | 856850000 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| identyfikator REGON | 050644804 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Piaskowa 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857152294 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH IM STEFANA CZARNIECKIEGO W ŁAPACH | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąpy 18-100 Generała Władysława Sikorskiego 68 | | |
| telefon/ telefony: | 570500433; 570100433 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W CHOROSZCZY | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Aleja Niepodległości 4 | | |
| telefon/ telefony: | 570600233; 570800633 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 4 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857121399 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857226039 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchowola 16-150 Goniądzka 21 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857124401 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | W | |
| telefon/ telefony: | 668877590; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | P | |
| telefon/ telefony: | 668877590; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Goniądz 19-110 Konstytucji 3 Maja 1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 668877587; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionówka 19-122 Jasionówka 21 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 668877577; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaświły 19-124 Jaświły 13 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 668877579; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krypno Wielkie 19-111 Krypno Wielkie 6 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 668877583; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 668877578 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA WIDOWISKOWO- SPORTOWA | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Świętojańska 25A | | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | W | |
| 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 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | P | |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69 | | |
| telefon/ telefony: | 862739358 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775450 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - URZĄD MIASTA WYSOKIE MAZOWIECKIE (W BUDYNKU MOK) | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Ludowa 19 | | |
| telefon/ telefony: | 862102003 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775463 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SP Z O.O. | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763681; 862763644 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 17 | | |
| telefon/ telefony: | 857450500 | | |
| identyfikator REGON | 001406394 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej Im. Dr. Stanisława Deresza W Choroszczu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857191091 | | |
| identyfikator REGON | 050580458 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPP ZOZ W CHOROSZCZY | | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 723576222; 609349904 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo Leczniczy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia rehabilitacji leczniczej dla dorosłych | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Psychiatryczny | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba przyjęć | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo-Leczniczy W Szczuczynie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Szpitalna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862725029 | | |
| identyfikator REGON | 450718950 | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY | P | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespól 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Hospicjum Stacjonarne | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W AUGUSTOWIE | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | P | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "MD CARE" Sp. z o.o. | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny | P | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wyszyńskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862185463 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego Filia w Szczepankowie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczepankowo 18-411 Szczepankowo 60 | | |
| telefon/ telefony: | 606368669 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Piątnicy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piątek 18-421 Czarnocka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 862192716 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Wiznie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wizna 18-430 Plac Kapitana Władysława Raginisa 31 | | |
| telefon/ telefony: | 862196017 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia Jedwabnem | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedwabne 18-420 Łomżyńska 21 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862172012 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Nowogrodzie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród 18-414 Miastkowska 5 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862175516 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Miastkowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miastkowo 18-413 Długa 1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862174819 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Przytułach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytuły 18-423 Supska 7 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862177011 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | zakład pomocy doraźnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-874 Poleska 89 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856637301 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziłów 19-213 Gumienna 14 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862736067 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Krzywa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862725021 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wąsosz 19-222 Plac Rzędziana 11 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862731048 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-794 Gajowa 75 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 856620796 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Jan Wądołowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11 | | |
| telefon/ telefony: | 862703004 | | |
| identyfikator REGON | 050543291 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862703004 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 1 s.c. 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Gen. Władysława Andersa 7A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856556419 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wanda Maria Kurowska-Kowalewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 862140001 | | |
| identyfikator REGON | 450185583 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 604970366 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 696969866; 862722706 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Emilii Plater 7/03 | | |
| telefon/ telefony: | 510323947 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29 | | |
| telefon/ telefony: | 510323944 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Marsz. Józefa Piłsudskiego 9A | | |
| telefon/ telefony: | 857112669 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Teresa Czarniecka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 4A | | |
| telefon/ telefony: | 864762792 | | |
| identyfikator REGON | 450045190 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 864762792 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lachowo 18-500 Lachowo 41 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 604463513 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 3 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862740039 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Włodzimierz Bołtruczuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12 | | |
| telefon/ telefony: | 857385052 | | |
| identyfikator REGON | 450193750 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857385052 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wiesław Janiszewski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Klonowa 35 | | |
| telefon/ telefony: | 862755025 | | |
| identyfikator REGON | 450166344 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Polna 5B | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862755025 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Mariusz Szczupak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Dębowa 21 | | |
| telefon/ telefony: | 862785009 | | |
| identyfikator REGON | 450115275 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAWISKI 18-520 ŁOMŻYŃSKA 8 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862785009 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsk 16-315 Rynek 7 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 876423009 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Bogumiła Augustynowicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-560 Sowlańska 3/U2 | | |
| telefon/ telefony: | 857437642 | | |
| identyfikator REGON | 050831162 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-560 Sowlańska 3/u2 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857437642 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Jaćwieska 18 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 876434129 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Marzena Więckowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II | | |
| telefon/ telefony: | 862183950 | | |
| identyfikator REGON | 450183354 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862183950 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Jolanta Krajewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Łomża przy Szosie 18-400 Stoneczna 17 | | |
| telefon/ telefony: | 862150232 | | |
| identyfikator REGON | 450183006 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Gen. Władysława Sikorskiego 95A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862150232 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Mariola Wandruk-Lewoniewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobolewo 15-509 Tygrysia 34 | | |
| telefon/ telefony: | 505003123 | | |
| identyfikator REGON | 050800760 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobolewo 15-509 Szosa Baranowicka 80 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857402001 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | AKADEMICKA PRAKTYKA MEDYCYNY 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-301 Mazowiecka 33 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857440950 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BACIECZKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-744 Hugo Kołłątaja 75 | | |
| telefon/ telefony: | 856640111 | | |
| identyfikator REGON | 050851041 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 3/U3 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856640111 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Domesticus Krauze i Partnerzy. Spółka Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856636884 | | |
| identyfikator REGON | 050852342 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Przygotowawczo-Zabiegowy (szczepienny) | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856636884 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 2 B. Kazberuk, H. Kochanowska, M. Hruświcka, 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 26 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 882503332 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Alfa Sosna-Pawluczuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857305094 | | |
| identyfikator REGON | 050582931 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyże 17-207 Czyże 74 | | |
| telefon/ telefony: | 856813513 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejczyce 17-332 Wodociągowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 856579011 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856575005 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 858731441 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 500476787; 862722706 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Grażyna Biruta Pawłowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 604284205 | | |
| identyfikator REGON | 450055811 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862790053 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Alicja Kurasieńska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862774999 | | |
| identyfikator REGON | 450197468 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862774999 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 862166556 | | |
| identyfikator REGON | 450672975 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 862166555 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA" JÓZEF MALINOWSKI, JACEK LUBECKI, MAREK ROMANOWICZ, MAREK STOJAK SPÓŁKA CYWILNA | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/7 | | |
| telefon/ telefony: | 862750422 | | |
| identyfikator REGON | 200007527 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jabłonka Kościelna 18-200 Jabłonka Kościelna 55 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862745003 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 12 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862774510 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobylin Borzymy 18-204 Lipowa 15 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862743013 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rosochate Kościelna 18-220 Wierzbowa 10 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862701048 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchowola 16-150 Plac Kościuszki 2 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856630991 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suraż 18-105 11 Listopada 16 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857155627 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szypliszki 16-411 Suwalska 23 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 875685072 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 7 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862750422 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Mostowa 1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 876433708 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZDZISŁAW SADOWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51 | | |
| telefon/ telefony: | 876432764 | | |
| identyfikator REGON | 790179412 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 846432764 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "POLSKA GRUPA FARMACEUTYCZNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Nowogrodzka 151A | | |
| telefon/ telefony: | 862152740 | | |
| identyfikator REGON | 004250722 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Al. Józefa Piłsudskiego 82 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862152740 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA PŁASKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płaska 16-326 Płaska 54 | | |
| telefon/ telefony: | 876418725 | | |
| identyfikator REGON | 385835864 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płaska 16-326 Płaska 54 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 876418725 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NUTRIX E. MAKOWSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Kościelna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 876436380 | | |
| identyfikator REGON | 790669990 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Kościelna 8 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 501641995 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 2 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | Łapy 18-100 Główna 53A | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 857152291 | | |
| identyfikator REGON | 050698131 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "GRODMED" spółka cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gródek 16-040 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857180051 | | |
| identyfikator REGON | 050700773 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 2 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Pielęgniarski Zakład Opieki Zdrowotnej "VEA" spółka cywilna Łapińska Weronika, Szpakowska Antonina | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąpy 18-100 Główna 53A | | |
| telefon/ telefony: | 857157363 | | |
| identyfikator REGON | 050698125 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |

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

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 857371124 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ "LEKARZ RODZINNY" JOANNA M. SZELAĞ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 858681388 | | |
| identyfikator REGON | 050689876 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ „EL-MED” Elżbieta Kopciewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korycin 16-140 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 857219009 | | |
| identyfikator REGON | 050640798 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Mirosław Tkaczuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 46 | | |
| telefon/ telefony: | 600875034 | | |
| identyfikator REGON | 050834692 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziadkowice 17-306 Dziadkowice 47 | | |
| telefon/ telefony: | 856571025 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | "VITA" SPÓŁKA CYWILNA MIROŚŁAWA 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA JANINA I SŁAWOMIR CHMARO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kuźnica 16-123 Sokóleńska 41 | | |
| telefon/ telefony: | 857224336 | | |
| identyfikator REGON | 051993553 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kuźnica 16-123 Sokóleńska 41 | | |
| telefon/ telefony: | 857224336 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | | 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LEKARSKA SPECJALISTYCZNA SPÓŁDZIELNIA PRACY "ESKULAP" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C | | |
| telefon/ telefony: | 857450031 | | |
| identyfikator REGON | 000406452 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-437 dr Ireny Białówny 9/1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857416901 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857450038 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | STANISŁAW TOPCZEWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poświętne 18-112 Poświętne 11 | | |
| telefon/ telefony: | 856501379 | | |
| identyfikator REGON | 050826876 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poświętne 18-112 Poświętne 11 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 603880735 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDVITA WIERCIŃSKA, KRAWIEL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 11/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856763856 | | |
| identyfikator REGON | 052233324 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 11/2 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 856763856 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 875671597 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PUŃSKU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Puńsk 16-515 Szkolna 26 | | |
| telefon/ telefony: | 875161011 | | |
| identyfikator REGON | 790997323 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KERIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 857188034 | | |
| identyfikator REGON | 366323449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 857188034 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Spółka Cywilna "Sup Med" Bożena Narewska, Maria Wasilewska - Sacharewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Dolna 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857183523 | | |
| identyfikator REGON | 052133344 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Krzysztof Jakubowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-617 Nowosielska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 856618132 | | |
| identyfikator REGON | 050525465 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 2 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "MEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A | | |
| telefon/ telefony: | 862150135 | | |
| identyfikator REGON | 451187963 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 602104438 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Iwona Okuła | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A | | |
| telefon/ telefony: | 857482312 | | |
| identyfikator REGON | 050348916 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857482312 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PULS WALENTYNA GOŁOBURDA SPÓŁKA JAWNA. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-264 Konstantego Ciołkowskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 857482320 | | |
| identyfikator REGON | 052214893 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-264 Konstantego Ciołkowskiego 27 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 514354059 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Urszula Bonda | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 | | |
| telefon/ telefony: | 856639144 | | |
| identyfikator REGON | 052210783 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 856639144 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Zbigniew Hakało | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Ostrowska 4B | | |
| telefon/ telefony: | 501765775 | | |
| identyfikator REGON | 052202476 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szumowo 18-305 Przeddzieckiego 6 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862707015 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sztabin 16-310 Augustowska 45 | | |
| telefon/ telefony: | 876412013 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Jan Busiński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowinka 16-304 Nowinka54 | | |
| telefon/ telefony: | 876419535 | | |
| identyfikator REGON | 790051971 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowinka 16-304 Nowinka 54 | | |
| telefon/ telefony: | 876419535 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 875164026 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raczki 16-420 Nowe Osiedle 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875685019 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Mariola Szczotek | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przerośl 16-427 Suwalska 2A | | |
| telefon/ telefony: | 875691069 | | |
| identyfikator REGON | 510372439 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SIENKIEWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-183 Siewna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 693710187 | | |
| identyfikator REGON | 052130593 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Spółka Cywilna "Silo" 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856760059 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Iwona Wasiluk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk 17-315 Bielska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856568516 | | |
| identyfikator REGON | 050846666 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk 17-315 Bielska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856568516 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5 | | |
| telefon/ telefony: | 857451408 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Jarmoc i Ewa Oksimowicz-Spółka Partnerska Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl Kościelna 18-106 Białostocka 7/1 | | |
| telefon/ telefony: | 856505279 | | |
| identyfikator REGON | 052012161 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl Kościelna 18-106 Białostocka 7/1 | | |
| telefon/ telefony: | 856505279 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogdanki 16-061 Bogdanki 10 | | |
| telefon/ telefony: | 857196202 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 875630813 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12 | | |
| telefon/ telefony: | 856557022 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITAMED" GIENNADIJ PERMIAKOW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6 | | |
| telefon/ telefony: | 856578560 | | |
| identyfikator REGON | 052141898 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6 | | |
| telefon/ telefony: | 508266950 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY BILBIN, POPIEL-KRZYWICKA, WRÓBLEWSKA PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH PRO MEDICA CENTRUM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-445 Al. Józefa Piłsudskiego 4A | | |
| telefon/ telefony: | 856522585 | | |
| identyfikator REGON | 052213758 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dąbrowski i partnerzy. Spółka Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-756 Swobodna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856532998 | | |
| identyfikator REGON | 052218320 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Hanna Biziuk i Partnerzy Spółka Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857425974 | | |
| identyfikator REGON | 052218661 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02 | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | |
| identyfikator REGON | 365285623 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Na Bema" Barbara Lewandowska i Krystyna Żmijewska-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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/26 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857442603 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA BARTNICKA, BOUŻYK-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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/6 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857426035 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | COR-MED KOMASZYŁO I WSPÓLNICY LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A | | |
| telefon/ telefony: | 856510461 | | |
| identyfikator REGON | 052225336 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856510461 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LEKARZE RODZINNI - "3" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1 | | |
| telefon/ telefony: | 864798855 | | |
| identyfikator REGON | 451183066 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 864798855 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AKADEMIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-173 Jaroszkówka 53 | | |
| telefon/ telefony: | 857485808 | | |
| identyfikator REGON | 366980644 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-267 Akademicka 3 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857485808 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Stanisław Bernatowicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kołłątaja 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857121866 | | |
| identyfikator REGON | 050583356 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857101999 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiżajny 16-407 Sejneńska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 875670606 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 875687228 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22 | | |
| telefon/ telefony: | 856822777 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień, Białystok, ul. Storczykowa 5 lok. 104 | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5/104 | | |
| telefon/ telefony: | 695133965 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień, Łomża, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 239 | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny | | 1 |
| 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 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 2 |
| 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 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepiennie-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleszczele 17-250 Pl. Parkowy 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856818045 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Andrzej Kuźmiński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarnucha 16-300 Czarnucha 14 | | |
| telefon/ telefony: | 698668547 | | |
| identyfikator REGON | 200087733 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy-szczenienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Małgorzata Zielińska-Tyszka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piękna 3/B | | |
| telefon/ telefony: | 862165280 | | |
| identyfikator REGON | 450196902 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczenienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piękna 3B | | |
| telefon/ telefony: | 862165280 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Joanna Redźko-Baszun | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-634 Klepacka 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856627444 | | |
| identyfikator REGON | 200223780 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-634 Klepacka 4 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856627444 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Michnowska-Tryburska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A | | |
| telefon/ telefony: | 608434709 | | |
| identyfikator REGON | 050346410 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A gab. 8 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857460986 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NA ZDROWIE Praktyka Lekarska M. Woińska, J. Gruszewska - Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Cmentarna 28 | | |
| telefon/ telefony: | 856880082 | | |
| identyfikator REGON | 200264796 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Cmentarna 28 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856880082 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Kościelna 9 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857375367 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | VILLA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-666 Miłosna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856537760 | | |
| identyfikator REGON | 361928449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-666 Miłosna 24 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856537760 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "PRO SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876424014 | | |
| identyfikator REGON | 200328740 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876424014 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Jacek Kofman | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 5/35 | | |
| telefon/ telefony: | 602616866 | | |
| identyfikator REGON | 051980020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szymki 16-050 Szymki 104a | | |
| telefon/ telefony: | 857175628 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Patrycja Klaudia Budna NZOZ Centrum Medyczne " WARSZAWSKA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 858755355 | | |
| identyfikator REGON | 200382544 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 858755355 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | WOLF TRADE Marcin Wilczko | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-343 Nowa 28 | | |
| telefon/ telefony: | 853070855 | | |
| identyfikator REGON | 200128047 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne RODZINA (gabinet diagnostyczno-zabiegowy) | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-660 Witosa 15B gab 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856617155; 853070855 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | TOR-MED w Holonkach s.c. Danuta, Jacek i Stefan Torczyńscy | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 Holonki 63 | | |
| telefon/ telefony: | 857373508 | | |
| identyfikator REGON | 200380077 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 19 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857376431 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 Holonki 63 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857373508 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dariusz Zduńczyk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl 18-525 Jana Pawła II 36 | | |
| telefon/ telefony: | 862723499 | | |
| identyfikator REGON | 450182449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl 18-525 Jana Pawła II 36 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 660687873 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856536363 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857197099 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Kamińska Bożenna Praktyka Lekarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Filipów 16-424 Wólczajska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875696040 | | |
| identyfikator REGON | 790222912 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ARTEMIUK EDYTA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 36 | | |
| telefon/ telefony: | 857170397 | | |
| identyfikator REGON | 200815842 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 36 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857170397 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Anna Chludzińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 864760230 | | |
| identyfikator REGON | 200824060 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 606347520 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | EUROMED Agata Tarasiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22 | | |
| telefon/ telefony: | 857199578 | | |
| identyfikator REGON | 200137750 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857199578 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sidra 16-124 Sokóleńska 31 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857211504 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 KEN 50/U4 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 223322888 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH Agata Leszczyńska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28 | | |
| telefon/ telefony: | 857332223 | | |
| identyfikator REGON | 363186450 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28 | | |
| telefon/ telefony: | 857332223 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDI-KOL AL-MURTATHA, PRUSINOWSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5 | | |
| telefon/ telefony: | 663434399 | | |
| identyfikator REGON | 200875117 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5 | | |
| telefon/ telefony: | 663434399 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAN DROZD | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeździecko-Mroczi 18-300 Przeździecko-Mroczi 5A/3 | | |
| telefon/ telefony: | 862717501 | | |
| identyfikator REGON | 050372582 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeździecko-Mroczi 18-300 Przeździecko-Mroczi 5A/3 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862717501 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDIRENA ZBIGNIEW MAREK MAŁYSKO, IRENA MAŁYSKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 857375318 | | |
| identyfikator REGON | 365367380 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857375318 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudka 17-123 Brańska 13 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857302952 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 856883276 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 857187337 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy z funkcją szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE KLEOSIN WIELICZKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 856632069 | | |
| identyfikator REGON | 369805522 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDICUS - MONIKA MARZEC- DZIERŻANOWSKA, MARTA DZIERŻANOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22 | | |
| telefon/ telefony: | 857452152 | | |
| identyfikator REGON | 369940734 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Magdalena Bielonko | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/17A, 18A | | |
| telefon/ telefony: | 503893600 | | |
| identyfikator REGON | 200850086 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10 lok 17a, 18a | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 503893600 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH CENTRUM KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO NR 2 IM. ŚW. JÓZEFA W BIAŁYMSTOKU | | 5 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDYCYNĄ RODZINNA I CHIRURGIA - LEKARZE - BOŻENA I GRZEGORZ POGORZELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/2 | | |
| telefon/ telefony: | 862750842 | | |
| identyfikator REGON | 369832996 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy z punktem szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lok. 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862750842 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Mohammad Hassan Janghorbani | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7 | | |
| telefon/ telefony: | 608515369 | | |
| identyfikator REGON | 451209943 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień COVID I | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-888 Wyszyńskiego 2/1 lok. 320 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 883757375 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Stanisława Milewskiego 36 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862781981 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mały Płock 18-516 Kochanowskiego 17 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862791313 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "OMEGA" spółka cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony: | 862165869 | | |
| identyfikator REGON | 450716626 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 516764069 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "MEDYK" S.C. WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: LESZEK NICZYPORUK, ELŻBIETA NICZYPORUK, STANISŁAW SIEROCKI, EDYTA RADZISZEWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18 | | |
| telefon/ telefony: | 862771015 | | |
| identyfikator REGON | 450725890 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 862771015 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Bożena Krystyna Brzozowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii Krajowej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 864771543 | | |
| identyfikator REGON | 450184490 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii Krajowej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 864771543 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 516270022 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Stanisława Olędzka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 608612882 | | |
| identyfikator REGON | 450211381 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zbigniew Stokowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełda 19-206 Bełda 43 | | |
| telefon/ telefony: | 862733069 | | |
| identyfikator REGON | 450213240 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełda 19-206 Bełda 43 | | |
| telefon/ telefony: | 862733069 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | REMEDIUM 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A | | 1 |
| telefon/ telefony: | 862184420 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Marek Dariusz Klimkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działki 96-315 Główna 25 | | |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | |
| identyfikator REGON | 750134518 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Księcia Janusza I 13 | | 2 |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59 6U | | 3 |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Piotr Zengota | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Bolesława Prusa 23/12 | | |
| telefon/ telefony: | 862186667 | | |
| identyfikator REGON | 450182768 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Prywatna Praktyka Lekarska Zengota Piotr | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Małachowskiego 8/46 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 502101243 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ginekologiczna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U | | 2 |
| telefon/ telefony: | 604194364 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wioleta Woroniecka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25 | | |
| telefon/ telefony: | 604402399 | | |
| identyfikator REGON | 381962695 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Medycyny Pracy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25 | | 1 |
| telefon/ telefony: | 574546913 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Revita - Centrum Medyczne Spółka Cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A | | |
| telefon/ telefony: | 858311590 | | |
| identyfikator REGON | 200789688 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A | | |
| telefon/ telefony: | 733002717 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-402 Aleksandra Putry 9 | | |
| telefon/ telefony: | 875677365 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 lok. 48 | | |
| telefon/ telefony: | 875630834 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Rodzinne Centrum Medyczne | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 1 Maja 25 | | |
| telefon/ telefony: | 875682700 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Generała Kazimierza Pułaskiego 26 A | | |
| telefon/ telefony: | 875671022 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Spółka Lekarska "UNIMED" Jurska, Gasparska, Zdrowowski - Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| identyfikator REGON | 200104992 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKMED" Zdzisława Gołębowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| identyfikator REGON | 450166309 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-652 Samochodowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 225856265 | | |
| identyfikator REGON | 146394164 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Barbara Grażyna Gębała-Jarocka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Kazimierza Pułaskiego 2A | | |
| telefon/ telefony: | 862713699 | | |
| identyfikator REGON | 450165623 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Wyszyńskiego 6b | | |
| telefon/ telefony: | 862713699 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Cmentarna 14 lok. 1 (parter) | | 1 |
| telefon/ telefony: | 735856999 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego Adam Kulesza | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 728569865; 862713565 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-13 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))