

## 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                                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 11                                                                                                              | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-540 Żurawia 14                                                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858318000                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                                                      | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 15A                                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858318000                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                            | 2020-12-23                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Zabiegowo- Szczepienny                                                                                                                     |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 ul. Waszyngtona 15A                                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858318950                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia dermatologiczna                                                                                                                           |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-540 Żurawia 14                                                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857409401                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Klinika Rehabilitacji                                                                                                                              |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 M. Skłodowskiej-Curie 24A                                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858318317                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858693550                                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050637922                                                                                                                                          |                                |                                    |
|                                                   |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                                                      | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858693550                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień                                                                                                |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27                                                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 477104100                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży                                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 al. J. Piłsudskiego 11 11                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 864733626                                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450665024                                                                                                                                          |                                |                                    |
|                                                   |                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                                                                    | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 al. J. Piłsudskiego 11 11                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 864733626                                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                                                                         |                                |                                    |
|                                                   |                                                                                                                                                    |                                |                                    |

|                                                   |                                                             |                             |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piłsudskiego 11                                |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 864733900                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 875629421                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 790319362                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia chorób zakaźnych                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                 | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 875629421                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60                                 | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 875629421                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450666822                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia chorób zakaźnych                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia medycyny pracy                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Zespół transportu medycznego                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34                        | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862723271                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 876444284                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 876444284                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                             |                             |                                    |

|                                                   |                                                                                                                     |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12                                                                                        |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 876444298                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 875172314                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 790317340                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarzy 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                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarzy 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                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarzy 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                            | 2021-01-04                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857488500                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050657729                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczepieniowy                                                                                     | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 ul. M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857488500                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczepieniowy                                                                                     | P                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857488500                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                            | 2020-12-28                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                     | 1                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 ul. Doc. Adama Dowgirda 9                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 856829166                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                   |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białowieża 17-230 Puszczajska 2                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 570849000                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czeremcha 17-240 Dubois 13                                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856850000                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dubicze Cerkiewne 17-204 Główna 63                                |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 570212005                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856829006                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Narew 17-210 Kościelna 4                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856816035                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Narewka 17-220 Kolejowa 1                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 570988690                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23                                   | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 858142439                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23                                   | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 858142439                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy 18-100 Piaskowa 9                                            |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857152294                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857220463                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050653170                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokółka 16-100 ul. gen. Władysława Sikorskiego 40                 | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857220463                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej |                             |                                    |

|                                                    |                                                                         |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                           | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857220463                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej       |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857220533                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                 | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 858334330                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                 | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 858334330                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 858334330                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 10                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 858334330                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857121206                                                               |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050583037                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                  | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857121206                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1                                            | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857121206                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suchowola 16-150 Goniądzka 21                                           | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857121206                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15                  | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857121206                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej - Curie 15                |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857121399                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                             |                                    |

|                                                    |                                                                |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857226039                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mońki 19-100 Alejan Niepodległości 9                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 668877590                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050652956                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mońki 19-100 Alejan Niepodległości 9                           | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 668877590                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mońki 19-100 Alejan Niepodległości 9                           | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 668877590                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Goniądz 19-110 ul. Konstytucji 3 Maja 1                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 668877587                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasionówka 19-122 Jasionówka 21                                |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 668877577                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jaświły 19-124 Jaświły 13                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 668877579                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krypno Wielkie 19-111 Krypno Wielkie 6                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 668877583                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIATYCZE 17-300 SZPITALNA 8                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856552825                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050653482                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) Nocnej i Światoecznej Opieki Zdrowotnej     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIATYCZE 17-300 SZPITALNA 8                                 | W                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856552825                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bacieki Średnie 68                                             | P                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856550042                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielnik 17-307 Piaskowa 38                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856552200                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIATYCZE 17-300 SZPITALNA 8                                 |                             | 1                                  |

|                                                    |                                                                    |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 856552200                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Szpital Ogólny w Kolnie                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862782350                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450667610                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856648519                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050692045                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                  | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856648519                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                  |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856648515                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857167624                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 451097214                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Szpital Powiatowy w Zambrowie spółka z o.o.                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862763600                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 451153332                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                         | 1                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zambrów 18-300 ul. Papieża Jana Pawła II 3                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862763667                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 17                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857450500                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 001406394                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinety lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                        | P                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-274 Waszyngtona 17                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857450547                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-027 Ogrodowa 12                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856646888                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050657379                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinety Diagnostyczno- zabiegowe                                                                     | P                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-027 Ogrodowa 12                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856646729                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857191091                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050580458                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z punktem szczepień                                                   | P                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Choroszcz 16-070 pl. im. dr Zygmunta Brodowicza                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857191091                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum" pod Wezwaniem Świętego Ducha                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 Rybaki 3                                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862166616                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450084959                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                    |                                                                                           |                             |                                    |  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--|
| nazwa:                                             | Hospicjum stacjonarne                                                                     | P                           |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 Rybaki 3                                                                     |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 862166616                                                                                 |                             |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej Im. Jana Pawła II W Suwałkach             |                             |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Szpitalna 54                                                               |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 875676910                                                                                 |                             |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 790376383                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach          |                             |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A                                                            |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 875662233                                                                                 |                             |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 790317937                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| nazwa:                                             | Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Suwałkach |                             |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Szpitalna 62                                                               |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 875626400                                                                                 |                             |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 790244055                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| nazwa:                                             | Oddział Psychiatryczny                                                                    | P                           |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Szpitalna 62                                                               |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 875626400                                                                                 |                             |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| 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                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej W Augustowie                 |                             |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17                                          |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 876434704                                                                                 |                             |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 791006056                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                |                             |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                             |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |  |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno -Opiekuńczy w Krynkach                         |                             |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                              |                             |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 857228486                                                                                 |                             |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 052023147                                                                                 |                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |  |
| nazwa:                                             | Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy                                                         |                             |                                    |  |

|                                                    |                                                                                                      |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                                         | P                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857228486                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ "Mid Care" Sp. z O.O.                                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dworaki-Staški 18-218 Dworaki-Staški 46                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 864763421                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 200250564                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Holmed Uzdrowisko Sp. z O.O.                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Supraśl 16-030 Uroczysko Pustelnia 1                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857222122                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 364736615                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2020-12-28                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANUS" ANNA AGATA MAZUR                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIALYSTOK 15-399 Transportowa 9/U1                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857452708                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050529204                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1                                                              |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857452708                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 szosa Zambrowska 1/27                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862156949                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450665627                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień                                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 Wyszyńskiego 10                                                                         |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862185463                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza Rodzinnego Filia w Szczepankowie                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczepankowo 18-411 60                                                                               |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 606368669                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Piątnicy                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piątница 18-421 Czarnocka 14                                                                         |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862192716                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Wiźnie                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wizna 18-430 Plac Kapitana Władysława Raginisa 31                                                    |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862196017                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-874 Poleska 89                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856637301                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050622576                                                                                            |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                               |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | zakład pomocy doraźnej                                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIALYSTOK 15-874 POLESKA 89                                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856637301                                                                                     |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862722518                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450666839                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radziłów 19-213 Gumienna 14                                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862736067                                                                                     |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczuczyn 19-230 Krzywa 2                                                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862725021                                                                                     |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "Przychodnia Rodzinna" s.c.                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-794 Gajowa 75                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 856620796                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050650118                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Jan Wądołowski                                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kotaki Kościelne 18-315 Kościelna 11                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862703004                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050543291                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kotaki Kościelne 18-315 Kościelna 11                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862703004                                                                                     |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Wanda Maria Kurowska-Kowalewska                                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zbójna 18-416 łomżyńska 40                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862140001                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450185583                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zbójna 18-416 łomżyńska 40                                                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 604970366                                                                                     |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                    |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |

|                                                    |                                                                            |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza Rodzinnego Maciej Makarewicz                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862722706                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450183868                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 604432287                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzina" Jacek Obrączka |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 661915172                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790251747                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Emilii Plater 43897                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 875653696                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 875657753                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | MEDYK IRENA BIELAWSKA-SKOWROŃSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokółka 16-100 marsz. Józefa Piłsudskiego 9A                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857112669                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050669891                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKÓŁKA 16-100 MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 9A                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857112669                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Teresa Czarniecka                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szepietowo 18-210 Lipowa 4A                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 864762792                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450045190                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 864762792                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" - Abdulwahab Al-Murtatha           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lachowo 18-500 Lachowo 41                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862787158                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450156558                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lachowo 18-500 Lachowo 41                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 604463513                                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                                                            | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Alicja Jadwiga Sutkowska                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/3                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862750039                                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450670433                                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                             |                                    |

|                                                    |                                                                |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Włodzimierz Bołtruczuk</b>                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857385052                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450193750                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzcianne 19-104 ul. Wojska Polskiego 12                       |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 857385052                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Wiesław Janiszewski</b>                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czyżew 18-220 Klonowa 35                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862755025                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450166344                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czyżew 18-220 Polna 5B                                         |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 862755025                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Mariusz Szczupak</b>                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolno 18-500 Dębowa 21                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862785009                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450115275                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STAWISKI 18-520 ŁOMŻYŃSKA 8                                    |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 862785009                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku</b> |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipsk 16-315 Rynek 7                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 876423009                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790669748                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipsk 16-315 Rynek 7                                           |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 876423009                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Bogumiła Augustynowicz</b>                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-560 Sowlańska 3/U2                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857437642                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050831162                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-560 Sowlańska 3/u2                                |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 857437642                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>L.S. Kisiel spółka jawna</b>                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Jaćwieska 18                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 876434129                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790273542                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Jaćwieska 18                                   |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 876434129                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | <b>Marzena Więckowska</b>                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862183950                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450183354                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II                                    |                             | <b>1</b>                           |

|                                                    |                                                                                                                               |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 862183950                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Jolanta Krajewska                                                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stara Łomża przy Szosie 18-400 Słoneczna 17                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862150232                                                                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450183006                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Mariola Wandruk-Lewoniewska                                                                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sobolewo 15-509 Tygrysia 34                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 505003123                                                                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050800760                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                                                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-301 Mazowiecka 33                                                                                                |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857440950                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-687 Komisje Edukacji Narodowej 3/U3                                                                              |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856640111                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet przygotowawczo-zabiegowy                                                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-644 Storczykowa 5                                                                                                |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856636884                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepienny                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2                                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 857305094                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 857304904                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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 NULL 74                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 856813513                                                                           |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050853531                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepienny                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyże 17-207 Czyże 74                                                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 856813513                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejczyce 17-332 Wodociągowa 2                                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 856579011                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 856575005                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowy                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10                                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 858731441                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowy                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8                                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 609620920                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                          |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65       |                                                                                     | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                           |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                     | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepienny                                                                 |                             |                                    |

|                                                    |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grabowo 18-507 W. Witosa 1                                                                                                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862790053                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Alicja Kurasieńska                                                                                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10                                                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862774999                                                                                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450197468                                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczeniennozabiegowy                                                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10                                                                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862774999                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczeniennozabiegowy                                                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9                                                                                                          |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862166555                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jabłonka Kościelna 18-200 55                                                                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862745003                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Klukowo 18-214 Mazowiecka 12                                                                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862774510                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kobylin Borzymy 18-204 Lipowa 15                                                                                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862743013                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rosochate Kościelna 18-220 Wierzbowa 10                                                                                                            |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862701048                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suchowola 16-150 Plac Kościuski 2                                                                                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 856630991                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suraz 18-105 11 Listopada 16                                                                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857155627                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szypliszki 16-411 Suwalska 23                                                                                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 875685072                                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |                                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczeniennozabiegowy                                                                                                                         |                             |                                    |



|                                                    |                                                                                                                      |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 7                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862750422                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarzy Rodzinnych "LIDER" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Mostowa 1                                                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 876433727                                                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790666201                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Mostowa 1                                                                                            |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 876433708                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | ZDZIŚLAW SADOWSKI                                                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51                                                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 876432764                                                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790179412                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                                                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 WOJSKA POLSKIEGO 51                                                                                  |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 846432764                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łomża 18-400 al. marsz. Józefa Piłsudskiego 82                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 862152740                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA RODZINNA PŁASKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Płaska 16-326 NULL 54                                                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 876418725                                                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 385835864                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet pielęgniarstwa POZ                                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Augustów 16-300 Kościelna 8                                                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 501641995                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Alicja Leończyk Dariusz Leończyk s.c.                                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grajewo 19-203 os. Południe 9                                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 862724350                                                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 450709655                                                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRAJEWO 19-200 OSIEDLE POŁUDNIE 9                                                                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 872724350                                                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                      |                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75        |                                                                                                                                       | szczerzenie personelu          | szczerzenie 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                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny                                                                                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bargłów Kościelny 16-320 Augustowska 21                                                                                               |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 876424001                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jeleniewo 16-404 Sportowa 3                                                                                                           |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 875621715                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MEDICUS ELIZA JOANNA JURGIEL, ANNA ROGALEWSKA SPÓŁKA JAWNA                                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21                                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857191999                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050700566                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepienny-zabiegowy                                                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21                                                                                                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 501501956                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WA-MED A. JASIŃSKA-WOJTULEWICZ I K. ŁAZARSKA SPÓŁKA JAWNA                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wasilków 16-010 Kryńska 32                                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857185222                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050698177                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wasilków 16-010 Kryńska 32                                                                                                            |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857185222                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MEDICUS S.C. K.BANDYSZEWSKA, J. DOJLIDA, A. KALINOWSKI, B. KONDRACIUK, A. WOJSZWIŁO, J. WASILEWSKA, M. ŚLIŻEWSKI                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy 18-100 Główna 53A                                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857152291                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050698131                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPY 18-100 Główna 53A                                                                                                                |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857152291                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | "VITA" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857302926                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050698770                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15                                                                                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857302926                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | "GRODMED" spółka cywilna                                                                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gródek 16-040 Fabryczna 1                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857180051                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050700773                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                       | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gródek 16-040 Fabryczna 1                                                                                                             |                                | 2                                  |

|                                                    |                                                                                                                 |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 857180051                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "Twój Lekarz" B. Rucińska, A.T. Wakulewska, M. Zabrocka-Podolec - spółka partnerska lekarzy                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 20                                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857303523                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050697410                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczeniennio - zabiegowy                                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bielsk Podlaski 17-100 3-go Maja 20                                                                             |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857303523                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Pielęgniarski Zakład Opieki Zdrowotnej "VEA" spółka cywilna Łapińska Weronika, Szpakowska Antonina |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łapy 18-100 Główna 53A                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857157363                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050698125                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPY 18-100 Główna 53A                                                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857157363                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. J. DZIENISZEWSKI, A. CHLABICZ, M. MAKSIMOWICZ                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Michałowo 16-050 Szkolna 20/1                                                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857189606                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050700721                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Michałowo 16-050 Szkolna 20/101                                                                                 |                             | 3                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857189606                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy i szczenie                                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Boćki 17-111 Grunwaldzka 1                                                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857313143                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Spółka Cywilna MEDMAL                                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Supraśl 16-030 Dolna 19A                                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857183470                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050695693                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczeniennio                                                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SUPRAŚL 16-030 DOLNA 19A                                                                                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857183470                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Maria Sałatowska-Krynicka                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Janów 16-130 Sportowa 4                                                                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857216785                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 050686100                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Janów 16-130 Sportowa 4                                                                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857216785                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| 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 Konstancja Ciołkowskiego 27                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857371124                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050701318                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                            |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyski 17-132 Kościelna 2                                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857371124                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88       |                                                                                                          | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | NZOZ "LEKARZ RODZINNY" JOANNA M. SZELĄG                                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1                                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858681388                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050689876                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                          |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Dubois 3 lok.1                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 858681388                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89       |                                                                                                          | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                                                                                        |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korycin 16-140 Rynek 7                                                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857219009                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90       |                                                                                                          | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepienny                                                                                      |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziemianówka 16-506 Dziemianówka 7                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 875165032                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       |                                                                                                          | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | Mirosław Tkaczuk                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 46                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 600875034                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 050834692                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                            |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziadkowiec 17-306 47                                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 856571025                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       |                                                                                                          | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | "VITA" SPÓŁKA CYWILNA MIROSLAWA JASIŃSKA, SŁAWOMIR KANTOR, LUCYNA BARANOWSKA, EWA SZUCHNICKA-GÓRKA       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857220507                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 051991092                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                          |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁKA 16-100 ul. Sikorskiego 40/lok.5a                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857220507                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93        |                                                                              | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | "KRYNEMED" I. Hansson, B. Rogalska, A. Pańkowska - Spółka Partnerska Lekarzy |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 857228046                                                                    |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 051994587                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynki 16-120 Grodzieńska 40                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857228046                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Piekuty 18-212 Główna 6                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 864761919                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szudziałowo 16-113 Szkolna 4                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857221413                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |                                                                              | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kuźnica 16-123 Sokóleńska 41                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857224336                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |                                                                              | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białystok 15-437 dr Ireny Białówny 43839                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 857416901                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                              | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             | 2021-01-04                                                                   |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |                                                                              | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-162 Stroma 11 lok. 2                                        |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856763856                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875671597                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUŃSK 16-515 SZKOLNA 26                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875161011                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny - zabiegowy                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zabłudów 16-060 Chodkiewicza 3                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857188034                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Supraśl 16-030 Dolna 21                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857183523                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Krzysztof Jakubowski                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-617 Nowosielska 34                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856618132                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050525465                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-617 Nowosielska 34                                          |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856618132                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Iwona Okuła                                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857482312                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050348916                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-223 Mickiewicza 44A                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857482312                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PULS WALENTYNA GOŁOBURDA SPÓŁKA JAWNA.                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-264 Konstatego Ciołkowskiego 27                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857482320                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052214893                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-264 Ciołkowskiego 27                                                  |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 514354059                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Urszula Bonda                                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856639144                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052210783                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7                                      |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856639144                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Zbigniew Hakato                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zambrów 18-300 Ostrowska 4B                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501765775                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052202476                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczenienny                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szumowo 18-305 Przędzieckiego 6                                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862707015                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH. D. I T. TROJANOWSCY. SPÓŁKA JAWNA"                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sztabin 16-310 Augustowska 45                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 876412013                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 790753265                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczenienny                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sztabin 16-310 Augustowska 45                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 876412013                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Jan Busiński                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowinka 16-304 NULL 54                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 876419535                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 790051971                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowinka 16-304 Nowinka 54                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 876419535                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" w Krasnopolu - Małgorzata Ewa Puza |                             |                                    |

|                                                     |                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875164026                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 790368567                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krasnopol 16-503 Sienkiewicza 3                                          |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875164026                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KORAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Raczkki 16-420 Nowe Osiedle 4                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875685019                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366288664                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Raczkki 16-420 Nowe Osiedle 4                                            |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875685019                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRUPA ZDROWIE ŁOMŻA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Kazańska 2                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862189244                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 451154923                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Kazańska 2                                                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862189244                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Mariola Szczolek                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przerośl 16-427 Suwalska 2A                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875691069                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510372439                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przerośl 16-427 Suwalska 2A                                              |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875691069                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KRÓL - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-814 Generała Józefa Hallera 8                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856543990                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052197054                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny-zabiegowy                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-814 gen. J. Hallera 8                                       |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856543990                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SIENKIEWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-183 Siewna 2                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 693710187                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052130593                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-183 Siewna 2                                                |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 793794105                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | spółka cywilna "Siloe" Katarzyna Jachimowicz Justyna Łozowska -Siemionow |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856760059                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052030236                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2                                |                                | 2                                  |



|                                                     |                                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 856760059                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Iwona Wasiluk                                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grodzisk 17-315 Bielska 4                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856568516                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050846666                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grodzisk 17-315 Bielska 4                                                                                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856568516                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA<br>Anna Romanik i Partnerzy                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857451408                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052009785                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A lok U5                                                                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857451408                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Ewa Jarmoc i Ewa Okسیمowicz-Spółka<br>Partnerska Lekarzy Podstawowej Opieki<br>Zdrowotnej                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7/1                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856505279                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052012161                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7                                                                     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856505279                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OŚRODEK ZDROWIA "MEDFIL" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Juchnowiec Dolny 16-061 Słoneczna 19                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857196099                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383934728                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bogdanki 16-061 brak 10                                                                                   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857196202                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRYMUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875630813                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 791008902                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27                                                                     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875630813                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Ludwik Szolc i Marek Ziniewicz -<br>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Drohiczynie - spółka jawna |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856557022                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 051994707                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12                                                                            |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856557022                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | <b>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br/>ZDROWOTNEJ "VITAMED" GIENNADUJ<br/>PERMIAKOW</b>                                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Perlejewo 17-322 NULL 6                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856578560                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052141898                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PERLEJEWO 17-322 Perlejewo 6                                                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 508266950                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY BILBIN,<br/>POPIEL-KRZYWICKA, WRÓBLEWSKA<br/>PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH PRO<br/>MEDICA CENTRUM</b> |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-445 Aleja Józefa Piłsudskiego 4A                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856522585                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052213758                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-445 Piłsudskiego 4a                                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 856522585                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>Michalska - spółka partnerska lekarzy</b>                                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-054 Mieszka I 8c/15                                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857328816                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052221019                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-054 Mieszka I 8C/15                                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 857328816                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>Dąbrowski i partnerzy. Spółka Partnerska<br/>Lekarzy</b>                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-756 Swobodna 24                                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856532998                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052218320                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁYSTOK 15-756 SWOBODNA 24                                                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 856532998                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>Fok-Orłowska Spółka Partnerska Lekarzy</b>                                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-222 Adama Mickiewicza 14                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857415346                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052210926                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-222 Młkiewicza 14                                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 500224285                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>Hanna Biziuk i Partnerzy Spółka Partnerska<br/>Lekarzy</b>                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9                                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857425974                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052218661                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9                                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 857425974                                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | <b>Prokop - Spółka Partnerska Lekarzy</b>                                                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-863 Radzymińska 16/25                                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856520809                                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052219301                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-863 Radzyńska 16/25                                                                    |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 517484195                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 605239991                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365285623                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-017 Łąkowa 43870                                                                       |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 857324151                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "Na Bema" Barbara Lewandowska i Krystyna Zmijewska-Ziniewicz-Spółka Partnerska |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-369 gen. Józefa Bema 2/26                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 857442603                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052215125                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-369 Bema 2 lok. 26                                                                     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 857442603                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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/ telefon:                                   | 8574426035                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052212807                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁYSTOK 15-369 BEMA 2 LOK. 6                                                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 8574426035                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | COR-MED KOMASZYŁO I WSPÓLNICY LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 856510461                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052225336                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-740 Antoniukowska 11a                                                                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 856510461                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEKARZE RODZINNI - "3" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 864798855                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 451183066                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1                                                               |                                | 1                                  |
| telefon/ telefon:                                   | 864798855                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AKADEMIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-173 Jarosówka 53                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 857485808                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366980644                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Stanisław Bernatowicz                                                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kofłataja 1                                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857121866                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050583356                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kofłataja 1                                                                             |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 502610250                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Stomatologiczne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. Magdalena Stankiewicz, Mirosława Modzelewska. |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czyżew 18-220 Szkolna 21                                                                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862755021                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 451204147                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczerień                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czyżew 18-220 Polna 5B                                                                                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862755021                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MEDIMED I. Panasiuk, T. Piechocka, A. Gryko-Przychodnia Lekarzy Rodzinnych Spółka Partnerska                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-746 Juliana Tuwima 1/2                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856527477                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052248283                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczerień                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-746 Tuwima 1/2 lok2                                                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856527477                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Jarocka i partnerzy - spółka partnerska lekarzy                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-490 Nowogródzka 6/13                                                                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500768861                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052234588                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczerpienny                                                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-471 Fabryczna 27/ lokal 1/15                                                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 500768861                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NASZA PRZYCHODNIA IZABELA MARIA MAŁYSZKO, ANDRZEJ MAŁYSZKO SPÓŁKA JAWNA                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1                                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857101999                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200089347                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo szczerpienny                                                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1                                                                                        |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857101999                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA DOROTA SIANOWSKA I DARIUSZ MICHAŁ DUDAREWICZ                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1                                                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875687228                                                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200135604                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wiżajny 16-407 Sejnerska 14                                                                                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875670606                                                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                 |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "ZDROWIE H. Pisawocka, J.B. Krutel Spółka Partnerska Lekarzy"                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856822777                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200158628                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków 31-864 prof. Michała Życzkowskiego 16                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 122950100                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356366975                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień, Białystok, ul. Storzyczkowa 5 lok. 104                                         |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-644 Storzyczkowa 5/104                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 122950100                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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:                                  | 122950100                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZO MEDYK w Mońkach - D. Biedrzycka, I. Galińska - Kałucka, M. Młynik, S. Sawicka, Spółka Jawna |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mońki 19-101 Tysiąclecia 21/1                                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857164103                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200178329                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                   |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mońki 19-100 ul. Tysiąclecia 21 lok. 1                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506136846                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZO "Poradnia Rodzinna" Agnieszka Gosk                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-204 ks. Stanisława Andrukiewicza 4/3U                                              |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857400187                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200081736                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                               |                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-204 Andrukiewicza 4/3u                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857400187                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Ewa Inez Borona                                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kleszczele 17-250 pl. Parkowy 9                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856818045                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200229995                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Andrzej Kuźmiński                                                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarnucha 16-300 NULL 14                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 698668547                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200087733                                                                                       |                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                                 |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żarnowo Drugie 16-300 Żarnowo Drugie 16                                                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 698668547                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Małgorzata Zielińska-Tyszka                                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Piękna 3/B                                                                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862165280                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 450196902                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Piękna 3 b                                                                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862165280                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Joanna Redźko-Baszun                                                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-634 Klepacka 4                                                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856627444                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200223780                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Ewa Michnowska-Tryburska                                                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-879 św. Rocha 12A                                                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608434709                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050346410                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NA ZDROWIE Praktyka Lekarska M. Wońska, J. Gruszewska - Spółka Partnerska |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łapy 18-100 Cmentarna 28                                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856880082                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200264796                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MidMed Dorota Rybińska                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brańsk 17-120 Kościelna 9                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 696013580                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200305207                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepienny                                                                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brańsk 17-120 Kościelna 9                                                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 696013580                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                                      |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155      |                                                            | szczenie personelu          | szczenie 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                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczyeń                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 876424014                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156      |                                                            | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | Jacek Kofman                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 5/35                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 602616866                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 051980020                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szymki 16-050 brak 104a                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 857175628                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157      |                                                            | szczenie personelu          | szczenie 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                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-066 Bukowskiego 1 lok. 2                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 858755355                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158      |                                                            | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | WOLF TRADE Marcin Wilczko                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-343 Nowa 28                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 856511001                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 200128047                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-660 Witosa 15B gab 5                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 856617155                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159      |                                                            | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | TOR-MED w Holonkach s.c. Danuta, Jaław i Stefan Torczyńscy |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 NULL 63                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 857373508                                                  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 200380077                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 19                             |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 857376431                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 Holonki 63                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 857373508                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność                    |                                                            | szczenie personelu          | szczenie 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                                                  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl 18-525 ul. Jana Pawła II 36                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 660687873                                                  |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                 |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność                    |                                                            | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856536363                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | DUO-MED HANNA ZAREMBA, BOGDAN ZAREMBA SPÓŁKA JAWNA                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rutki-Kossaki 18-312 Rynek 7                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862701013                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200652989                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUTKI-KOSSAKI 18-312 ul. Rynek 7                                                  |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 608580690                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | DORMED Dorota Lewko-Ninkiewicz, Jarosław Ninkiewicz spółka jawna                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-483 Fabryczna 4/1H                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857222755                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200659371                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-483 Fabryczna 4 lok.1h                                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 881333203                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarzy Rodzinnych "NA KLONOWEJ" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Suwałki 16-400 Klonowa 40/4U                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875677502                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200656208                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Suwałki 16-400 Klonowa 40/lok 4U                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875677502                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | IRMAMED Ośrodek Zdrowia M. Wasilewski Spółka Jawna                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrożany 17-312 NULL 4                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856551402                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200676145                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szcepienny                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drohiczyn 17-312 Ostrożany 4                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 602852794                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o.                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Augustów 16-300 Hoża 2B                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 876435127                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200697845                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szcepienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Augustów 16-300 Hoża 2b                                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 876435127                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRA MEDICA PRACZUKOWSCY SPÓŁKA JAWNA                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857197099                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200737562                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szcepienny                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23                                            |                             | 1                                  |



|                                                     |                                                                                      |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 857197099                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "Twój Lekarz Rodzinny A. Majewska, A. Zabielska-Dragowska Spółka Partnerska Lekarzy" |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-866 Zagumienna 10A                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857333545                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200733162                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-863 Zagumienna 10A                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857333545                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA "SOL-MED" TAMARA DRABIKOWSKA - CHMARA                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-704 al. Jana Pawła II 59/14U                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 695363419                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 052245451                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59/14u                                            |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 730363419                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Kamińska Bożenna Praktyka Lekarska                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Filipów 16-424 Wólczańska 4                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 875696040                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 790222912                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Zabiegowo - Szczenienny                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Filipów 16-424 Wólczańska 4                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 875696040                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pułtusk 06-100 Piotra Skargi 23/29                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 236921370                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130135908                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jabłoń Kościelna 18-212 Kolejowa 11                                                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 864761356                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łopienie-Jeże 18-212 Łopienie-Jeże 35                                                |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 236921370                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ARTEMIUK EDYTA                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLEOSIN 16-001 ZAMBROWSKA 36                                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857170397                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200815842                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Anna Chludzińska                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 864760230                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200824060                                                                            |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczenienny                                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szepietowo 18-210 LIPOWA 1                                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 606347520                                                                            |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                           |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | EUROMED Agata Tarasiewicz                                                            |                             |                                    |

|                                                     |                                                             |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857199578                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200137750                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22                               |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857199578                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ADAM I MARTA PIKTEL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarna Białostocka 16-020 Szkolna 13                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501795695                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200840580                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sidra 16-124 Sokółska 31                                    |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857211504                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-676 Postępu 21 C                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 224504500                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140723603                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "PULS" TOPOLSCY, OLĘDZKA SPÓŁKA JAWNA                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowe Gizewo 12-100 Nowe Gizewo 1G                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862744008                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 281599909                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kulesze Kościelne 18-208 ul.Piękna 8                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862744008                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "AM-medica" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-703 Aleja Jana Pawła II 77                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 858880222                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200874106                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Michałowo 16-050 ul. Białostocka 20A                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 858880222                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NASZE ZDROWIE SPÓŁKA CYWILNA                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANOWIEC 18-230 DR. PAWŁA OLSZEWSKIEGO 5                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862755379                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200888924                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechanowiec 18-230 Dr. Olszewskiego 5                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 513281362                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarstwa POZ                                  |                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                         |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28                                                                |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857332223                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5                                                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 663434399                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAN DROZD                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeździecko-Mroczi 18-300 NULL 5A/3                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862717501                                                                                               |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 050372582                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEŹDZIECKO-MROCZKI 18-300 brak 5A/3                                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862717501                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy i szczepień                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudka 17-123 Brańska 13                                                                                 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857302952                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | BETESDA SPÓŁKA CYWILNA MONIKA KRYSIUK-WNUCZKO, KRZYSZTOF WNUCZKO                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1                                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856883276                                                                                               |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368269790                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wasilków 16-010 Białostocka 104 / lokal U1                                                              |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856883276                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PORADNIA RODZINNA "DLA ZDROWIA" - LEKARZE: A. KALINOWSKA, A. NADLEWSKA, Z. J. SKAKUJ SPÓŁKA PARTNERSKA. |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2                                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857187337                                                                                               |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368226383                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2                                                                            |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857187337                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                              |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA - LEKARZE: DOROTA I STANISŁAW FALKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Białostocka 16-200 Jana Pawła II 15                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857120170                                                                                               |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368247787                                                                                               |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczepienny                                                                           |                             |                                    |

|                                                     |                                                                                           |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Białostocka 16-200 3-go Maja 1C                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857120170                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA DANMED - LEKARZE: BOGDAN I JOANNA DANIELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29/6                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862180478                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369830690                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy z funkcją szczyień                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29 lok.6                                                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862180478                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczyień                                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kleosin 16-001 Zambrowska 14                                                              |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 856632069                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo-szczenienny                                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22                                                      |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 857542152                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Magdalena Bielonko                                                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/17A, 18A                             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 503893600                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200850086                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁYSTOK 15-111 1000-lecia Państwa Polskiego 10 lok 17a, 18a                             |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 503893600                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy z punktem szczyień                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wysokie Mazowieckie 18-200 ul. Szpitalna 2 lok. 2                                         |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 862750842                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> |                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "JARD" DZIEMIAN I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-703 al. Aleja Jana Pawła II 54                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 857489720                                                                                 |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200355145                                                                                 |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowo szczyenienny                                                            |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-399 Transportowa 4                                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 692728984                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                                                                |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193      |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | Mohammad Hassan Janghorbani                                                                                                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7                                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 608515369                                                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 451209943                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczeni                                                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7                                                                                                          |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862116115                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194      |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Zabiegowo - Szczenienny                                                                                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Białostocka 83B/2                                                                                                        |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 729922877                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195      |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczeni 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                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196      |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczenienny                                                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Milewskiego 36                                                                                                           |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862781981                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczenienny                                                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mały Płock 18-516 Kochanowskiego 17                                                                                                   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862791313                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność                    |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | "OMEGA" spółka cywilna                                                                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161                                                                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862165869                                                                                                                             |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450716626                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczenienny                                                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161                                                                                                     |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 516764069                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność                    |                                                                                                                                       | szczenie personelu          | szczenie 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                                                                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczeni                                                                                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANOWIEC 18-230 MICKIEWICZA 18                                                                                                    |                             | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862771015                                                                                                                             |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                                                                                                            |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199      |                                             | szczenie personelu          | szczenie 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                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii Krajowej 4 |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 864771543                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200      |                                             | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4       |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862727500                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450811460                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza POZ                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 ul. Ignacego Krasickiego 4   |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 516270022                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201      |                                             | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | Stanisława Olędzka                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 608612882                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450211381                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 LIPOWA 1                  |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 608612882                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202      |                                             | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | Zbigniew Stokowski                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Belda 19-206 NULL 43                        |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862733069                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 450213240                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowo-szczenienny               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Belda 19-206 Belda 43                       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862733069                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203      |                                             | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | REMEDIIUM MAŁGORZATA ŚLIWECKA,              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 862184420                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 451157040                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA 18-400 SYBIRAKÓW 20 b LOKAL 2 a       |                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                | 862184420                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204      |                                             | szczenie personelu          | szczenie populacyjne               |
| nazwa:                                            | Marek Dariusz Klimkiewicz                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działki 96-315 Główna 25                    |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 603157778                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 750134518                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-704 Aleja Jana Pawła II 59 6U  |                             | 3                                  |
| telefon/ telefony:                                | 603157778                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-04                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                             |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205      |                                             | szczenie personelu          | szczenie 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                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Prywatna Praktyka Lekarska Zengota Piotr                 |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łomża 18-400 Małachowskiego 8/46                         |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502101243                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206</b> |                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Q medica Sp. z o.o.                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 856795102                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200275825                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia ginekologiczna                                  |                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U               |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604194364                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> |                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Wioleta Woroniecka                                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604402399                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 381962695                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Medycyny Pracy                                   |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25                      |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 796965700                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-04                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Revita - Centrum Medyczne Spółka Cywilna                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 858311590                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 200789688                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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:                                  | 858311590                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-05                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                             |                                    |

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