

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | CENTRUM REHABILITACYJNO-MEDYCZNE "TERAPEUTA" ANDRZEJ M'HANGO | | | X | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-322, ROMUALDA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 343 18 64; 41 368 11 14 | | | | | |
| identyfikator REGON | 383764605 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-322, ROMUALDA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 343 18 64 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 17.05.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZJOTERAPIA DOMOWA | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-322, ROMUALDA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 368 11 14 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | 17.05.2021 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | "UZDROWISKO BUSKO-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO - ZDRÓJ,28-100, UL. RZEWUSKIEGO 3/5/7 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 370 32 00; 41 370 32 25 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288165 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII "KRYSZYNA" | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO - ZDRÓJ,28-100, UL. RZEWUSKIEGO 3/5/7 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 370 38 23 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | 17.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ MEDICUS STRĄCZYŃSKI MAREK, STRĄCZYŃSKA ANNA | | | X | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-437, OŚ. NA STOKU 63A | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 336 90 30 | | | | | |
| identyfikator REGON | 290102402 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|---|--|--|
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-437, OŚ. NA STOKU 63A | | | | X | |
| telefon/ telefony | 41 336 90 30 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 | | | | 19.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-437, OŚ. NA STOKU 63A | | | | | X |
| telefon/ telefony | 41 336 90 30 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 | | | | | 19.05.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE "ZDROWIE" W KIELCACH | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-713 , UL. KARZÓWKOWSKA 45 | | | | X | X |
| telefon/ telefony: | 41 343 32 60 | | | | | |
| identyfikator REGON | 260214923 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-713 , UL. KARZÓWKOWSKA 45 | | | | | X |
| telefon/ telefony | 41 343 32 60 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 | | | | | 19.05.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | GABINET REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE, 25-713 , UL. KARZÓWKOWSKA 45 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 41 343 32 60 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 | | | | 19.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZROWOTNEJ W BUSKU - ZDROJU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ, 28-100 , UL. BOHATERÓW WARSZAWY 67 | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 378 27 68 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311467 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ REHABILITACJI LECZNICZEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ, 28-100 , UL. BOHATERÓW WARSZAWY 106A | | | X | | |
| telefon/ telefony | 41 378 24 01, 536 812 137 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 25.05.2021 | | | 25.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ "NOWE ŻYCIE" - I. OGONEK, Z. OGONEK SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA, 29-100 , UL. MLECZARSKA 11 | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 394 44 06 | | | | | |
| identyfikator REGON | 362521655 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA, 29-100 , UL. MLECZARSKA 11 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 41 394 44 06 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | 01.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHĘCINY, 26-060 , UL. CZERWONA GÓRA 10 | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 346 55 45 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000296213 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ REHABILITACJI MEDYCZNEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHĘCINY, 26-060 , UL. CZERWONA GÓRA 10 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 41 346 55 45 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | 01.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | OSTROWIECKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA CYWILNA ANNA OLECH-CUDZIK, KRZYSZTOF CUDZIK W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI, 27-400 , UL. IŁŻECKA 31A | | | | X | |
| telefon/ telefony: | 41 263 04 00 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| identyfikator REGON | 260509825 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI, 27-400 , UL. IŁŻECKA 31A | | | | X | |
| telefon/ telefony | 41 263 04 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | 01.06.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.11.2021 | | | | 01.11.2021 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ASMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIEDZIANA GÓRA, 26-085 , UL. URZĘDNICZA 11 A | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 300 04 04 | | | | | |
| identyfikator REGON | 260712199 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIEDZIANA GÓRA, 26-085 , UL. URZĘDNICZA 11 A | | | | X | |
| telefon/ telefony | 41 300 01 04 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.06.2021 | | | | 09.06.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CARITAS DIECEZJI SANDOMIERSKIEJ W SANDOMIERZU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ, 27-600 , UL. OPATOWSKA 10 | | | | X | |
| telefon/ telefony: | 15 644 58 98 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| identyfikator REGON | 040092844 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GABINET FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ, 27-600 , UL. OPATOWSKA 10 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 15 644 55 86 wew 102 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.06.2021 | | | 09.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE - SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA 29-100 , UL. ŻEROMSKIEGO 28 | | X | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 388 37 40 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000304295 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA 29-100 , UL. ŻEROMSKIEGO 28 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 534 452 077 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.06.2021 | | 21.06.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA 29-100 , UL. ŻEROMSKIEGO 28 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 41 388 87 42 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.06.2021 | | | 21.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | SAMORZĄDOWY OŚRODEK ZDROWIA W MIEDZIANEJ GÓRZE Z SIEDZIBĄ W KOSTOMŁOTACH II | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSTOMŁOTY II 26-085 , UL. KSIĘDZA JANUSZA PRZYŁĘCKIEGO 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 303 12 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 290416490 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSTOMŁOTY II 26-085 , UL. KSIĘDZA JANUSZA PRZYŁĘCKIEGO 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 303 12 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.06.2021 | | | | 21.06.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-673 , KONSTRUKTORSKA 13 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 367 17 17 | | | | | |
| identyfikator REGON | 143343166 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-017 , UL. IGNACEGO PADEREWSKIEGO 4B | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 367 17 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | | | 01.07.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | UNIWEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-372 , UL.SEMINARYJSKA 24/5U | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 261 22 22 | | | | | |
| identyfikator REGON | 368255137 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-372 , UL.SEMINARYJSKA 24/5U | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 261 22 22 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | | | 01.07.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM REHABILITACJI W CZARNIECKIEJ GÓRZE | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STĄPORKÓW 26-220 , CZARNIECKA GÓRA 43 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 372 18 17 | | | | | |
| identyfikator REGON | 003689775 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACYJNY II | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STĄPORKÓW 26-220 , CZARNIECKA GÓRA 43 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 372 18 19 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | 05.07.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SUPRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-547 UL. WARSZAWSKA 151 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 331 60 08 | | | | | |
| identyfikator REGON | 292821147 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-547 UL. WARSZAWSKA 151 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 331 60 08 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.07.2021 | | | 09.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MGR IZABELA DURLEJ GABINET REHABILITACJI "ZNÓW ZDRÓW" | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELINY 26-004 MAKOSZYN 104 A | | | | | |
| telefon/ telefony: | 667 501 880 | | | | | |
| identyfikator REGON | 260464880 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII BIELINY | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELINY 26-004 UL. PARTYZANTÓW 20 | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 501 880 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.08.2021 | | | 01.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI 27-400 SZYMANOWSKIEGO 11 | | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 247 80 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311473 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI 27-400 SZYMANOWSKIEGO 11 | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 41 247 80 00 wew 306 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.08.2021 | | | | 01.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WODZISŁAWIU | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WODZISŁAW 28-330 ARIAŃSKA 12 | | | | X | | |
| telefon/ telefony: | 41 380 60 24, 572 908 161, 572 908 160 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 290681771 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WODZISŁAW 28-330 ARIAŃSKA 12 | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 572 908 166 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | | | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W KIELCACH IM. ŚW. JANA PAWŁA II | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-375 WOJSKA POLSKIEGO 51 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 260 42 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 290391139 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE 25-375 WOJSKA POLSKIEGO 51 | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 260 42 55 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.10.2021 | | | 20.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |