

część I

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie Wielkopolski, z dnia 11.09.2020 r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618 779 533 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306331 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Zakaźny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 843 92 95 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Chorób Wewnętrznych | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 29 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 798844065 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Okulistyczny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87 39 461 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 93 52 lub 61 873 93 53 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Reumatologii i Osteoporozy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 41 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Neurologii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 22 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej, Laparoskopowej i Endokrynologicznej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 55 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 26 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Neurochirurgii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 75 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Kardiologiczny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 93 92, 502-346-300 (Pracownia Hemodynamiki) | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Leczenia Udarów Mózgu z Pododdziałem Neurologii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 48 (144) | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Urologii z Pododdziałami: Urologii Onkologicznej, Endoskopowego Leczenia Kamicy Układu Moczowego | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 29 (230) | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 14 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych z Pododdziałami: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Leczenia Oparzeń, Chirurgii Plastyczno-Rekonstrukcyjnej, Rekonstrukcji Naczyń | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 58 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Kardiologii z Salami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87-39-253, 294 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 16* | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | IZOLATORIUM hotel IKAR | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-736 Poznań, ul. Solna 18, | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 65 87 100 lub 221 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 17* | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87 39 436 lub 61 8739 432 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 849 12 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288863 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział VIII Chorób Zakaźnych i Neurologii, Pediatrii | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 907 994 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 849 12 00 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLNY IM. DR. ROMANA OSTRZYCKIEGO W KONINIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 240 43 000 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311591 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny z Pododdziałem Zakaźnym Dziecięcym | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 240 44 02 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 24 04 603 lub 604 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 725 720 037 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 765 13 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300224440 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 756 12 77 lub 72 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606 917 093 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 841 92 73 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288840 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 92 25 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Izolacyjny Noworodka | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 93 41; 61 841 94 58 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 92 25 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POZNAŃ 60-118, UL. KRZYWA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 839 26 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 634254014 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZAMOTUŁY 64-500, UL. Sukiennicza 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 885 888 957 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 22 74 104 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639635360 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział obserwacyjno - zakaźny | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22 74 522 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 831 27 10 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 854 90 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288828 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 85 49 243 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 854 92 43 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII IM. EUGENII I JANUSZA ZEYLANDÓW | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 665-43-10 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631250369 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 66 54 284 lub 325 lub 222 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22 45 329 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | UNIwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 854 73 47, 61 854 70 11 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302639004 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ I PERIODONTOLOGII Świadczenia stomatologiczne w podmiocie leczniczym | | | | | X zgodnie z przyjętym harmonogramem | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 787 780 177 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ALEKSANDRA MAZUROWSKA INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA ART-DENTAL | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-002 Suchy Las, Plac Grzybowy 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 515196054 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631 037 322 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie | | | | | X zgodnie z przyjętym harmonogramem | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 796 536 742; 515 196 054 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARI SKŁODOWSKIEJ-CURIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866, ul. Garbary 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 88 50 700 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 291 204 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866 ul. Garbary 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 061 88 50 503 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLSZTYNIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (68) 347 73 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970 773 426 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 347 73 00 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 731 742 839 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 262 61 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 308 554 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 632 626 176 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 322 68 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 411 050 155 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 572 67 00 wew 241 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej | | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 322 68 41; 782 414 998 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)44-45-523 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317760 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 0-61 44 36 528 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI IM. FRANCISZKA RASZEI | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 061 848-10-11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 313325 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 061848-10-11 w.343 w.214 w.334 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 655120855; 602529276 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 411051999 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 512-08-55 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ CHOROŃ PŁUC I GRUŻLICY W WOLICY K.KALISZA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-WOLICA poczta GODZIESZE MAŁE | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 761-25-00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314750 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-Wolica | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 72 89 47 950 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ-STARE MIASTO, KRYSIEWICZA 7/8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)85-20-458 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630863147 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ-STARE MIASTO, KRYSIEWICZA 7/8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 850 62 60 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MŁYŃSKA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (062)58-80-390 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310226 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MICKIEWICZA 21 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 062 588 04 04 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 067 286-26-22 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301457850 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 067 286-98-42 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WIELKOPOLSKI OŚRODEK REUMATOLOGICZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚREMIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 22-46-300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630833353 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22 46 300 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH "DZIEKANKA" IM. ALEKSANDRA PIOTROWSKIEGO W GNIEZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 423-85-00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291368 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 42 38 537 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (067)35-28-170 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308525 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 94 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 35 28 098 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 352 80 98 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWEŁA II W TRZCIANCIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 67 35-23-100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308583 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, SIKORSKIEGO 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 067-35-23-200, 35-23-201 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBORNIKACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)29-73-600 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306609 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 061297-36-85 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ŻŁOTOWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ŻŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (67)26-32-233 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300009 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ŻŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 067-2632233 w.474 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁUPCY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUUGUTTA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 063 275 23 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306621 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUUGUTTA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 063 2752300 WEW. 384 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUUGUTTA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 063 2752300 wew. 329, 374 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, POZNAŃSKA 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 44 27 300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639820004 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, SUKIENNICZA 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 44 27 300 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (0 62) 50 32 236 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310255 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 50 32 201 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 4264461; 61 2228300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000315123 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, 3 MAJA 37/39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 6 1 222 81 69 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 505 469 557 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (0-62) 595-11-11 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314187 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 625951300, 625951315 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 781 944 966 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 672 106 204 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001261820 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 21 06 582, 590 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 21 06679 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 82-12-200 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292209 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 82 12 364 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY SZPITAL KLINICZNY IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM.KAROLA MARCINKOWSKIEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)83-10-331 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288857 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061) 831-03-69 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYCHODZIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 748 20 11 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310249 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 482 011 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 668 006 138 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 POZNAŃ, PRZYBYSZEWSKIEGO 49 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)86-91-100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288834 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 POZNAŃ, PRZYBYSZEWSKIEGO 49; 60-780 Poznań, ul. Grunwaldzka 16/18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 869 17 34, 61 854 78 04 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Medyczne Laboratorium Diagnostyczne: Zakład Mikrobiologii Lekarskiej | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-806, ul. Rokietnicka 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 240 477 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (67) 2681500 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306638 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (67) 2681608 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL ŚRĘDZKI SERCA JEZUSOWEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)28-54-031 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308560 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 061 28540-31 w.250 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 798 952 698 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618 464 500 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631178710 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 6 1846 46 41 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 846 46 41 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENICZA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061) 29-27-101 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000553822 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENICZA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 29 27 150 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (61)4370603 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300706140 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 437 05 90 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL W PUSZCZYKOWIE IM. PROF. S.T. DĄBROWSKIEGO SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 507018440 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 634552438 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 60 89 84 003 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | "PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE" SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 062-74-20-900 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300770088 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (62) 74 20 888 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Gabinet przy SOR | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (62) 74 20-860 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 065-546-24-13 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300904130 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 546 24 13 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Budynek Centrum Rehabilitacji - Gabinet zabiegowy | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519 171 452; 65 537 62 81 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 623322183 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301415604 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62-332-2183 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-129 Poznań, ul. Sielska 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 518 680 662 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300313899 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-129 Poznań, ul. Sielska 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 518 680 662 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Ratownictwo Medyczne "Wawrzyniak" S.C | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Al. Wolności 1A, 63-500 Ostrzeszów | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 838 595 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300493401 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Al. Wolności 1A, 63-500 Ostrzeszów | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 838 595 | | | | | | | | |

ZAPOTRZEBOWANIE NA TRANSPORT SANITARNY NALEŻY ZGŁOSIĆ POD NUMEREM TEL.: 987

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 67 282 92 21 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308519 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 067 282 05 70 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 672 826 712 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK ul. PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 280 55 08 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300050 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63-280-55-74 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 789 448 551 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7 63-600 KĘPNO | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 782 73 09 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308548 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 627 827 333 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LECZENIA PŁUC I GRUŻLICY | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 605 359 106 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIEPURY 45, 64-100 LESZNO | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 525 31 13 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310232 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNE | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIEPURY 45, 64-100 LESZNO | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 52 53 500 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań Materiału Biologicznego | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 52 53 186 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10 60-346 POZNAŃ | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 864 88 12 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639686132 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10 60-346 POZNAŃ | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1 63-100 ŚREM | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 281 54 43 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301778672 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612 815 618 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 516 952 700 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1 62-510 KONIN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 245 19 51 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001347154 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1 62-510 KONIN | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ARTUR OBST NZOZ Obst Ambulans Union - Ratownictwo Medyczne | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-608 Parkowo, Parkowo 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61-29-64-134 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630375057 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- ODDZIAŁ OBORNIKI | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 Oborniki ul. Łukowska 12 | | | | | | | | |

Teleporady realizowane poprzez platformę CSIOZ przez lekarzy/lekarzy dentyistów/pielęgniarki w ramach podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa wielkopolskiego

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NZOZ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MARIOLA KAROLAK-TOMCZUK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618414785; 618414799 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639694031 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618414785; 618414799 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | MEDKAM ANNA MICHAŁEK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 661203203 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366044910 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 661203203 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 661203203 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NZOZ PORADNIE SPECJALISTYCZNE MEDICUS S.C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62530250 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 251603327 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LARYNGOLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 600324731 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA NEUROLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 512114294 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA DERMATOLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 512022208 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA ANDRZEJ BIŃCZYCKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-012 DOMINOWO, CENTRALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 612851950 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630394646 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 22.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-012 DOMINOWO, CENTRALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612851950 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO PRO-FAMILIA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 602740009 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630833005 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 22.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 602740007; 602740009; 696498136; 792621032 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 22.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 602319431 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PORADNIA BONUS 2001 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-185 SKÓRZEWO, UL. POZNAŃSKA 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601884200 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302716555 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 22.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-185 SKÓRZEWO, UL. POZNAŃSKA 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601884200 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | UNIWEKSYTECKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O. O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 POZNAŃ, UL. BUKOWSKA 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 787780177 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302639004 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 23.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ I PERIODONTOLOGII | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 POZNAŃ, UL. BUKOWSKA 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 787780177 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO ALTERIDA-PLUS | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-160 CZAPURY, UL. JODŁOWA 12/1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 888806888 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302582422 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 24.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-312 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. OSTROWSKA 363 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612248032 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 24.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-312 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. OSTROWSKA 363 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612248032 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PORADNIA ZADOKTORA.PL | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-421 JANKÓW PRZYGDZKI, UL. ŁĄKOWA 44B | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 534287133 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021828659 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 24.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-410 DANISZYN 127 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 627348488 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NZOZ OBST AMBULANS UNION - RATOWNICTWO MEDYCZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-608 PARKOWO 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 612964136 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630375057 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 28.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI UL. ŁUKOWSKA 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612964134 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 28.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI UL. ŁUKOWSKA 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612964134 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | MED-POLONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-693 POZNAŃ, UL. OBORNICKA 262 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 513097296 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300013275 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 28.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-361 POZNAŃ-NOWE MIASTO UL. STAROŁĘCKA 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 612275810 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | MEDICOMPLEX DARIUSZ ZIMOWSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-050 MOSINA, UL. KONOPNICKIEJ 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618192271 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630755742 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 30.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-050 MOSINA, UL. WAWRZYNIAKA 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618192272 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "OGNIK" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-386 POZNAŃ-GRUNWALD, UL. OGNIAK 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618674043 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630755742 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 30.04.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-386 POZNAŃ-GRUNWALD, UL. OGNIAK 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618674043 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA HIPOKRATES | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618420064 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 270531018 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 04.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618420064 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 04.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ POZ | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618420064 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | ALFAMED.PL SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-791 POZNAŃ, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609466777 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 384903380 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 04.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PODANIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-656 POZNAŃ-STARE MIASTO, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5E/4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618242203 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 04.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PODANIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-249 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. STARE ŻĘGRZE 14/64B | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 531987531 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO JERZY STEPIEŃ PANACEUM P.L. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, UL. CIESIELSKA 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 673492222 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 811642707 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 07.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW UL. NIEZNAJEGO ŻOŁNIERZA 41 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 673492222 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA FAMILIA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 655471266 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302587595 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 15.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 655471266 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | od 15.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 655471266 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MICHAŁEK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-570 RYCHWAŁ, UL. KONIŃSKA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 632457990 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 311016865 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 15.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-570 RYCHWAŁ, UL. KONIŃSKA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 632457990 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ, UL. DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618464500 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631178710 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 15.05.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ, UL. DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618464740 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NZOZ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO EWA KOWALSKA-ANIOLA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618414786 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630965190 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | od 03.07.2020 r. | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618414799 | | | | | | | | |

część II

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |