

## Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

stan na dzień 25-04-2021

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |   | rodzaj realizowanych świadczeń  |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 52 325-56-07  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000979188   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Browicza   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 52 325-56-07  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 52 32 56 600, 52 32 56 719                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 092356930   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera             |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 56 679 55 47  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000316068   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | SOR   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św.Józefa 53-59                        |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 56 67 93 128/129  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krańskiego 4/4a                         |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Transport sanitarny                                     |                                 | 1   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Konstytucji 3 Maja 40A                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 52 328 56 06  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | Nowy Szpital Sp. z o.o.                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 41 240 16 34  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 812731198   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM            |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   | S            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Nowy Szpital Sp. z o.o.                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-120 Pruszcz ul. Poniatowskiego 12                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |

|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|---------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 576 670 662  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | Transport sanitarny  | <b>1</b>                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony- dyspozytornia                  | 52 328 56 01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 52 323 04 13   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| identyfikator REGON                               | 001044962  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | Transport sanitarny  | <b>3</b>                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 52 328 56 01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa:  | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego        |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  | <b>IV</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| identyfikator REGON                               | 870298738  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | SOR  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-40-09   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | choroby wewnętrzne   |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | chirurgia ogólna   |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | ortopedia z traumatologią narządu ruchu                          |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | ginekologia i położnictwo  |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | neonatalogia   |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |                                 |
| nazwa:  | kardiologia, w tym inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |  |  |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|---------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | neurologia   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | neurochirurgia   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | kardiochirurgia  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 11                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | chirurgia naczyniowa                                       |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 056 641-44-09  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 12                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | pediatria  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 13                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Poradnia Stomatologiczna                                   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17           |                     |   |             | X                                   |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00 56 641-37-89                                  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 14                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17            |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 15                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | CHIRURGIA DZIECIĘCA  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17            |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 16                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | PULMONOLOGIA   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17            |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 17                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | ENDOKRYNOLOGIA   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17            |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 18                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | KARDIOLOGIA DZIECIĘCA                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17            |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 20                   |  | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | DIALIZOTERAPIA   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

|   |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|---------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 21                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | UROLOGIA  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 23                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | REUMATOLOGIA                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 24                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | PSYCHIATRIA                                     |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 25                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY                  |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 26                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | GASTROENTEROLOGIA                               |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 27                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA                        |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 28                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | NEFROLOGIA                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 29                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | OKULISTYKA                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 30                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | OTORYNOLARYNGOLOGIA                             |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 31                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | NEUROLOGIA DZIECIĘCA                            |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 32                   |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | CHIRURGIA ONKOLOGICZNA                          |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                     | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44                                    |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 33                   |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Transport sanitarny  | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 52 349-71-21   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 34                   |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  |  |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     | 2S           |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 056 641-49-44  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 35                   |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  |  |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     | M            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 056 641-49-44  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 585-44-80 / 585-34-81  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 001126074  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Zakład Mikrobiologii   |                                 | X   |             |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 585-44-80 / 585-34-81  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM   |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 052 315-25-15  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 092358112  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   | X            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 052 315-25-15  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | "SZPITAL TUCHOLSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 52 33 60 503   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 092965579  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 52 33 60 503   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR J.ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIĘCIBORKU |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |

|  |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
|--|--|---|--|--------------------|--|---|--|---------------------|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 052 38-96-231   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 093213663   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   |  | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26  |  |                    |  |   |  |                     | X                                       |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 052 38-96-231   |  |                    |  |   |  |                     | X                                       | X                                       |
| Data dodania do wykazu                             |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| nazwa:   |  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH IM. DR JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | ŚWIECIE/86-100/ŚADOWA 18  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 52 33 11 031  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 000291523   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   |  | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | ŚWIECIE/86-100/ŚADOWA 18  |  |                    |  |   |  |                     | X                                       |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 52 33 11 031  |  |                    |  |   |  |                     | X                                       | X                                       |
| Data dodania do wykazu                             |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 566689100<br>56 668 91 28   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 000302327   |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   |  | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |  |                    |  |   |  |                     | X                                       |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 566689100   |  |                    |  |   |  |                     | X                                       | S                                       |
| Data dodania do wykazu                             |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 056 677-26-07   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 000310025   |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   |  | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |                    |  |   |  |                     | X                                       |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 056 677-26-07   |  |                    |  |   |  |                     |   | X                                       |
| Data dodania do wykazu                             |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   | S                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   |  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY                        |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 523 262 100   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 000898946   |  |                    |  |   |  |                     |   | I                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   |  | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44  |  |                    |  |   |  |                     | X                                       |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 523262100   |  |                    |  |   |  |                     | X                                       | X                                       |
| Data dodania do wykazu                             |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   |  | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY                       |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | BYDGOSZCZ/85-796/1. ROMANOWSKIEJ 2  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 052 374-30-00   |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                |  | 001255363   |  |                    |  |   |  |                     |   | I                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |



|  |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
|--|--|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30   |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 52 30-31-341   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O. |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056 688 17 25  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 320425520  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 056 688 17 25  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,                  |  |  |                    |  |   |  |                     | II                                      |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAKŁO NAD NOTECIA/89-100/MICKIEWICZA 7   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 41 240 10 02   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 340104087  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAKŁO NAD NOTECIA/89-100/MICKIEWICZA 7   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 41 240 10 02   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 41 240 10 02   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY  |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 52 36-55-799   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 340517145  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM   |  | X  |                    |  | X   | X  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 52 36-55-799   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPÓŁKA Z O.O.                                       |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 542 880 415  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 340572055  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 542 880 415  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCLAWKU  |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WŁOCLAWEK/87-800/WIENIECKA 49  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 54 413 18 70   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 341411727  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19        | izolatorium        | doraźne świadczenia stomatologiczne        | test na obecność wirusa SARS-CoV-2        | wstępna kwalifikacja typu pretriage        | punkt pobrań        |   |   |
|--|---|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|---|---|
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM                                    |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WŁOCLAWEK/87-800/WIENIECKA 49   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 54 413 18 70  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W ŁASINIE |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASIN/86-320/RADZYŃSKA 4  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 564 664 204   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 870250810   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 564 664 204   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA                          |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056 65-57-530   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 870252274   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |  | X   | X  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 056 65-57-530   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHEŁMŻY  |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 566 752 255   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 871547899   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 566 752 255   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056-683-22-91   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 871552334   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |  | X   | X  | S                   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 056-683-22-91   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                  |  |  |                    |  |   |  |                     | I                                       | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 054 28-56-200   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| identyfikator REGON                                | 910333036   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |  | X   | X  |                     |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3  |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 054 28-56-200   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |   |   |

| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 28-56-200   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2                                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 054 23 08 728   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 910858394   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2                                      |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 23 08 728   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.        |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 054 282-80-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 911344332   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18                    |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 282-80-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 52 343 07 69  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 93211718  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19                    |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 52 343 07 69  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 54 284 71 80  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 910928611   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 54 284 71 80  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258                         |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 500 145 868   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 871532082   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258                         |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 500 145 868   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| nazwa:  | RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA: PRZYCHODNIA KEMED |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄBRZEŹNO/87-200/MATEJKI 20c                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 734 414 517; 602 125 588                                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 93211718  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--|---|--|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA: PRZYCHODNIA KEMED               |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/MATEJKI 20c  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 734 414 517; 602 125 588  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA ŁOCHOWSKIEGO 7A                                  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 52 343 32 11; 52 343 25 66  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 362503947   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA ŁOCHOWSKIEGO 7A                                  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 52 343 32 11; 52 343 25 66  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 514 773 048; 56 675 65 20   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 341477181   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 514 773 048; 56 675 65 20   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP s c ZOFIA i ANDRZEJ GRUDEWICZ |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200 /DOLNA 22  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 54 285 45 68  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 910132059   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP s c ZOFIA i ANDRZEJ GRUDEWICZ |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 54 285 45 68  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ                     |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,                                 |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ                     |  |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,                                 |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 54 283 72 00  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | Alab Laboratoria Sp z o.o.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-739 Warszawa ul. Stepińska 22/30   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 022 349-60-60   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | Alab Laboratoria Sp z o.o.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń ul. Grudziądzka 51b  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 665-787-368   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | Alab Laboratoria Sp z o.o.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-790 Bydgoszcz ul. Szafirowa 14   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 52 307-95-60  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

|  |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
|--|---|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|----|
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |    |
| nazwa:   | TRANS MEDICA Sebastian Dudek                                |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)            |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                 | 791203553   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| identyfikator REGON                                |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | TRANS MEDICA Sebastian Dudek                                |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)            |  |  |                    |  |   |  |                     | S  |
| telefon/ telefony                                  | 791203553   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |    |
| nazwa:   | Miejska Przychodnia Specjalistyczna                         |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń ul. Uniwersytecka 17                           |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                 | 506324054   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| identyfikator REGON                                |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | Miejska Przychodnia Specjalistyczna (punkt przy Motoarenie) |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń ul. Pera Jonssona 7                            |  |  |                    |  |   |  |                     | S  |
| telefon/ telefony                                  | 506325200, 506324235  |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |    |
| nazwa:   | PRO-MED   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń Pod Dębową górą 29/31                          |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                 | 606-153-800   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| identyfikator REGON                                |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | Transport sanitarny   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń Pod Dębową górą 29/31                          | 3                                      |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                  | 606-153-800   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |    |
| nazwa:   | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                             |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-600 Lipno, Nieszawska 6                                  |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                 | 782 376 12  |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| identyfikator REGON                                |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                             |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń, ul. Okólna 1                                  |  |  |                    |  |   |  |                     | S  |
| telefon/ telefony                                  | 665805182   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                             |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 4A (korty tenisowe)          |  |  |                    |  |   |  |                     | S  |
| telefon/ telefony                                  | 665805182   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                             |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń, ul. Bema 73-79                                |  |  |                    |  |   |  |                     | S  |
| telefon/ telefony                                  | 665805182   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.03.2021  |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |    |
| nazwa:   | TSMK-ArtMed   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 89-500 Tuchola, Plac Zamkowy 1                              |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                 | 515179151   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| identyfikator REGON                                | 92 912 962  |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |    |
| nazwa:   | TSMK-ArtMed   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 89-500 Tuchola, Plac Zamkowy 1                              |  |  |                    |  |   |  |                     | 2M |
| telefon/ telefony                                  | 515179151   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                     |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | J-MED. JÓZEF RZEPKA   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 790742800   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 340 781 899   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Transport sanitarny   | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZOLATORIUM ORION CIECHOCINEK                                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 790742800   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | NZOZ "RATUJ"<br>RATOWNICTWO,ZABEZPIECZENIA I TRANSPORT MEDYCZNY |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Curie-Skłodowskiej 81/2                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 724 123 979   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Transport sanitarny   | 2                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Curie-Skłodowskiej 81/2                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 574 232 044   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Firma Agamed Transport Medyczny<br>Romuald Barej                |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 508-152-940   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 91 235 519  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Firma Agamed Transport Medyczny<br>Romuald Barej                | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 508-152-940   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-410 Kowalewo Pomorskie, Plac Wolności 3A                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 602622375   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-410 Kowalewo Pomorskie, Plac Wolności 3A                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 602622375   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-410 Wielkie Rychnowo, Wielkie Rychnowo 15                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 602622375   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-260 Unisław, ul. Parkowa 16                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 667 547 223   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-260 Unisław, ul. Parkowa 16                                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 667 547 223   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | NZOZ Rodzina sp. z o.o.   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 575703670   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 341337391   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |


| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19        | izolatorium        | doraźne świadczenia stomatologiczne        | test na obecność wirusa SARS-CoV-2        | wstępna kwalifikacja typu pretriage        | punkt pobrań        |
|--|--|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | NZOZ Rodzina sp. z o.o.  |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 575703670  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Nadgoplańskie WOPR   |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-150 Kruszwica, ul. Popiela 2  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 667547242  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Nadgoplańskie WOPR   |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze1   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 667547242  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Nadgoplańskie WOPR   |  |  |                    |  |   |  | 2M                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze1   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 509 585 355  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek, 87-720 ul. Warzełniana 1,   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 691055791  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | <b>IZOLATORIUM</b>   |  |  |                    |  |   |  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku, Ciechocinek, ul. Warzełniana 1, 87-720 |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 691055791  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Centrum Usług Medycznych DIALMEDICA sp.z o.o   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łochowo 86-065, ul. Bluszczowa 66  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 54 324 29 30   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:   | DIALIZOTERAPIA   |  |  |                    |  |   |  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stacja Dializ w Radziejowie, Radziejów 88-200, ul. Szpitalna 3F  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 542342930  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | CITO TEST  |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-160 Janikowo, ul. Kasprzowicza 20   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 887-037-035, 783-772-757   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | CITO TEST  |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gniewkowo/88-140/Powstańców Wielkopolskich 5   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 887-037-035, 783-772-757   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-01   |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA RODZINNA ALMEDIC   |  |  |                    |  |   |  |                     |

|  |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
|--|--|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|-----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-120 PRUSZCZ, ul. ŁOWIŃSKA 8C  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 733 80 10 10   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| identyfikator REGON                                | 341494676  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA RODZINNA ALMEDIC   |  |  |                    |  |   |  |                     | <b>S</b>  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-120 PRUSZCZ, ul. ŁOWIŃSKA 8C  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 733 80 10 10   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |           |
| nazwa:   | Revital Medic Centrum Rehabilitacji-Specjalistyczne Gabinety Lekarskie |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń, ul. Gregorkiewicza 3                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 56 477-88-57   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| identyfikator REGON                                | 365484707  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | Revital Medic Centrum Rehabilitacji-Specjalistyczne Gabinety Lekarskie |  |  |                    | <b>X</b>                                   |   |  |                     |           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń, ul. Gregorkiewicza 3                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 730-731-874  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |           |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-915 Bydgoszcz, ul. Szubińska 32                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 660 573 850  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| identyfikator REGON                                | 93168810   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |  |  |                    |  |   |  |                     | <b>2M</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-915 Bydgoszcz, ul. Szubińska 32                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 660 573 850  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |  |  |                    |  |   |  |                     | <b>M</b>  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-915 Bydgoszcz, ul. Szubińska 32                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 660 573 850  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-03-30   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |           |
| nazwa:   | Maramed Marcin Janicki   |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-880 Brześć Kujawski, Rzadka Wola 33                                 |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 730 760 550  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| identyfikator REGON                                |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | Maramed Marcin Janicki   |  |  |                    |  |   |  |                     | <b>6M</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-880 Brześć Kujawski, Rzadka Wola 33                                 |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 730 760 550  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |           |
| nazwa:   | PTHU WOJ.-TRANS Wojciech Jasiński                                      |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz, ul. Tczewska 2/10                                    |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 601 412 061  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| identyfikator REGON                                | 340370860  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |           |
| nazwa:   | PTHU WOJ.-TRANS Wojciech Jasiński                                      |  |  |                    |  |   |  |                     | <b>M</b>  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz, ul. Tczewska 2/10                                    |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| telefon/ telefony                                  | 601 412 061  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |           |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Therapeutica Sp. z o.o.  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-600 Chojnice, ul. Wiśniowa 1a   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 52 396 73 31   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 220770740  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Therapeutica Sp. z o.o.  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-600 Chojnice, ul. Wiśniowa 1a   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                                |
| telefon/ telefony                                 | 52 396 73 31   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruzzkowski  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 691 055 445  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 910224028  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruzzkowski  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4   | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                                |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruzzkowski  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                                |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruzzkowski  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włocławek/87-800/Aleja Fryderyka Chopina 8                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o.o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/M. Skłodowskiej-Curie 73  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 0517-459-058   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 871561729  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o.o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/M. Skłodowskiej-Curie 73  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 0517-459-058   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny                               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | SZPITAL TYMCZASO WY              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 54 283 72 50   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 910514039  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny                               |                                 | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 54 283 72 50   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.03.2021   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 2E  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 795-462-205                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Szosa Bydgoska 3        |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 795-462-205                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-03-29                               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-674/Gdańska 163             |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 795-462-205                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01                               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Mineola Laboratorium                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 577-050-900                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 387474130                                |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Mineola Laboratorium                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 577-050-900                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01                               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Expertmed Bartosz Witt                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4           |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 504-245-016                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 340498703                                |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Expertmed Bartosz Witt                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | M            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4           |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 504-245-016                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01                               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

Dyrektor  
Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ  
**Jan Gessek**  
 /podpisano elektronicznie/