

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

stan na dzień 22-05-2021

| 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 | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | 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 | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | 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 | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | 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 | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | | | |
| 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 | 17.05.2021 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | 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 | | | | | | | | | |
| 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: | Transport sanitarny | 2 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | | | |
| 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | | | | | IV |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | 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: | neonatologia | | 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 7 | | 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 | | 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 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 | | 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 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 | | 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 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 | | X | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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 | | 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 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 | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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: | ANESTEZIOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY | | X | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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 | | X | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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 | | X | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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 | | X | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | 1 | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | 2S | |
| 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: | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | M | |
| telefon/ telefony | 056 641--49-44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 | | | | | | | | | |
| 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.Skłódowskiej-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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłódowskiej-Curie 9 | | X | | | X | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłódowskiej-Curie 9 | | X | | | | X | | | |
| 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 PUBL. ICZNY 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10 | | X | | | | X | X | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18 | | X | | | X | X | S | | |
| telefon/ telefony | 52 33 60 503 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| nazwa: | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/l. ROMANOWSKIEJ 2 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 374-30-00 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001255363 | | | | | | | | | | | |
| 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 | BYDGOSZCZ/85-796/l. ROMANOWSKIEJ 2 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 052 374-30-00 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 417 220 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 090538318 | | | | | | | | | | | |
| 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 | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261417220 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 58-26-200 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092325348 | | | | | | | | | | | |
| 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 | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 52 58-26-200 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 37-09-400 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092354746 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 52 37-09-400 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKI BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU | | | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 35-45-500 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092358780 | | | | | | | | | | | |
| 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 | INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 052 35-45-500 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | | I | II |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30 | | | | | | | I | II |
| telefon/ telefony: | | 52 30-31-341 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | 093213309 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 52 30-31-341 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | S | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 056 688 17 25 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | S | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | NAKŁO NAD NOTECIA/89-100/MICKIEWICZA 7 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 41 240 10 02 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | S | |
| 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: | | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 41 240 10 02 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | S | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 52 36-55-799 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | | 542 880 415 | | | | | | | X | X |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | S | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W ŁASINIE | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASIN/86-320/RADZYŃSKA 4 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 564 664 204 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 870250810 | | | | | | | | | | |
| 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 | ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 564 664 204 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 056 65-57-530 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 870252274 | | | | | | | | | | |
| 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 | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 056 65-57-530 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 566 752 255 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 056-683-22-91 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | | | |

| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | I | II |
|--|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------------|
| RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: 054 28-56-200 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON 910333036 | | | | | | | | | | |
| 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 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 | |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE | | | | | | | | | I | |
| 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 | | | X | | | X | X | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | X | | | X | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18 | | | | | | | | | | |
| 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: IZBA PRZYJĘĆ | | | X | | | X | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony 054 282-80-01 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | 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 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | 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 | | catalog 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5, | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 54 283 72 00 | | | | | | | | S |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 515179151 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 92 912 962 | | | | | | | | |
| 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: | TSMK-ArtMed | | | | | | | | 2M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1 | | | | | | | | |
| 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" 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 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 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | |
| 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Nadgoplańskie WOPR | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-150 Kruszwica, ul. Popiela 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 667547242 | | | | | | | | |
| 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: | 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | |
| 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: | Nadgoplańskie WOPR | | | | | | | | M |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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: | Nadgoplańskie WOPR | | | | | | | | M |
| 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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: | IZOLATORIUM | | | 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 361974432 | | | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | CITO TEST | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-160 Janikowo, ul. Kasprowicza 20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 887-037-035, 783-772-757 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 92464854 | | | | | | | | |
| 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 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| telefon/ telefony: | 601 412 061 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 340370860 | | | | | | | | | |
| 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: | PTHU WOJ.-TRANS Wojciech Jasiński | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-300 Grudziądz, ul. Tczewska 2/10 | | | | | | | | | M |
| 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | | |
| 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 | 01.04.2021 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 | | | | | | | | | |
| 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 | 01.04.2021 | | | | | | | | | |
| 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 | 14.05.2021 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5 | | | | | | | | | SZPITAL TYMCZASO WY |
| 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 | 15.05.2021 | | | | | | | |
| 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 | 29.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 | | | | | | | |
| 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 | 01.04.2021 | | | | | | | |
| 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 | 01.04.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 | | | | | | | |
| 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 | 01.04.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
na mocy dalszego pełnomocnictwa
Dyrektora
Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ
dr n.med. Andrzej Wiśniewski
Z ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
/podpisano elektronicznie/