

| 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 pobrania |                                  |                                  |
| 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 pobrania |                                  |                                  |
| 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 pobrania |                                  |                                  |
| 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 pobrania |                                  |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |                |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśińskiego 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 pobrania |                                  |                                  |
| nazwa:  | Transport sanitarny                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Konstytucji 3 Maja 40A                 | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Nowy Szpital Sp. z o.o.                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                                | 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 pobrania |                                  |                                  |
| 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 pobrania |                                  |                                  |
| nazwa:  | Nowy Szpital Sp. z o.o.                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-120 Pruszczy ul. Poniatowskiego 12                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 576 670 662   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-03  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                  |                                  |

| 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                                       | <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                         | 2021-05-17  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego                   | <b>1</b>                               |  |                    |  |   |  |                     |
| 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>             |   | <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                                       | <b>1</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>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:  | Transport sanitarny                                       | <b>1</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                         | 2021-06-17  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <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:  | Transport sanitarny                                       | <b>1</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                         | 2021-05-14  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | <b>1</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>             |   | <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:  | SOR   | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  | <b>X</b>                                   |                     |
| 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>             |   | <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:  | choroby wewnętrzne  | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  |  |                     |
| 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                         | 2021-07-01  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <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:  | chirurgia ogólna  | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  |  |                     |
| 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                         | 2021-07-01  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</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:  | ortopedia z traumatologią narządu ruchu                   | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  |  |                     |
| 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                         | 2021-07-01  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</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:  | ginekologia i położnictwo                                 | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  |  |                     |
| 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                         | 2021-07-01  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</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:  | neonatologia  | <b>X</b>                               |  |                    |  | <b>X</b>                                  |  |                     |
| 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                         | 2021-07-01  |  |  |                    |  |   |  |                     |

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| I                                | II                               |

| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | kardiologia  |                     | 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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       |                     | 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-01   |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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  |                     | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 25</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 26</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 27</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 28</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 29</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 30</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 31</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:  | 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 32</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 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                         | 2021-07-01                                      |                     |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

| 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   | <b>1</b>                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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                         | 2021-06-17  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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:  |   |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     | <b>X</b>                           |                                     |              | <b>S</b>                         |                                  |
| 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:  |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>S</b>                         |                                  |
| 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                         | 2021-06-01  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 36                   |   | 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:  |   |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     | <b>X</b>                           |                                     |              | <b>M</b>                         |                                  |
| 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                         | 2021-05-14  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>I</b>                         |                                  |
| 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  |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     | <b>X</b>                           |                                     |              |                                  |                                  |
| 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                      |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     |                                    | <b>X</b>                            |              |                                  |                                  |
| 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         |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>I</b>                         | <b>II</b>                        |
| 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  |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     |                                    | <b>X</b>                            | <b>X</b>     | <b>X</b>                         |                                  |
| 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       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>I</b>                         | <b>II</b>                        |
| 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  |                                 | <b>X</b>                                  |             |                                     | <b>X</b>                           | <b>X</b>                            | <b>S</b>     |                                  |                                  |
| 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 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR J.LASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIĘCBORKU |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 052 38-96-231   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| identyfikator REGON                               | 093213663   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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 pobrania |                                 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | X              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 052 38-96-231   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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/SĄDOWA 18  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 52 33 11 031  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000291523   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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 pobrania |                                 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |                |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 52 33 11 031  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 566689100<br>56 668 91 28   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000302327   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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 pobrania |                                 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 566689100   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 056 677-26-07   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000310025   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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 pobrania |                                 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   | S              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 056 677-26-07   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 523 262 100   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000898946   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| 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 pobrania |                                 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44  |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |                |                                 |
| telefon/ telefony                                 | 523262100   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa:  | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | I                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/1. 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/1. ROMANOWSKIEJ 2   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 052 374-30-00  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/1. ROMANOWSKIEJ 2   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 052 374-30-00  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-24   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | BYDGOSZCZ/85-796/1. ROMANOWSKIEJ 2   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 052 374-30-00  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-10-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261417220  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261417220  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 52 58-26-200   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 52 58-26-200   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19  |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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. LUDWIKA 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| 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   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 52 30-31-341   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| 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   |                                 | 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                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAKŁO NAD NOTECĄ/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   |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAKŁO NAD NOTECĄ/89-100/MICKIEWICZA 7  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 41 240 10 02   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| 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                                   |              |  |                                  |                                  |
| 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                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | 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                         | 2021-06-24   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | SZPITAL UNIwersytecki NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  | I                                |                                  |
| 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                                    |                                 | 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                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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                               | 340572095   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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 | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 542 880 415   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCLAWKU                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |                                  |
| 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                                   |              |                                  |                                  |
| 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                               | 87025274  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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 CHELMŻY  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMŻA/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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMŻA/87-140/SZEWSKA 23                                 |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 566 752 255   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMŻA/87-140/SZEWSKA 23                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 566 752 255   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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 | CHELMŻA/87-140/SZEWSKA 23                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 566 752 255   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-10-08  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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-DOBRYŃ/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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLUB-DOBRYŃ/87-400/KOPPA 1E                              |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   | S            |                                  |                                  |
| 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            |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3                              |                                 | X   |             |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |                                  |
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| 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/ telefon                                   | 054 282-80-01   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</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/ telefon                                   |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| 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 pobrania</b> |   |  |
| 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/ telefon                                   | 54 283 72 00  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</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/ telefon                                   | 022 349-60-60   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| 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 pobrania</b> |   |  |
| nazwa:   | Alab Laboratoria Sp z o.o.                                  |  |  |                    |  |   |  |                       | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń ul. Grudziądzka 51b                            |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| telefon/ telefon                                   | 665-787-368   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-01  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <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 pobrania</b> |   |  |
| nazwa:   | Alab Laboratoria Sp z o.o.                                  |  |  |                    |  |   |  |                       | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-790 Bydgoszcz ul. Szafirowa 14                           |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| telefon/ telefon                                   | 52 307-95-60  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-01  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</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/ telefon                                   | 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 pobrania</b> |   |  |
| nazwa:   | TRANS MEDICA Sebastian Dudek                                |  |  |                    |  |   |  |                       | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)            |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| telefon/ telefon                                   | 791203553   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-01  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</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/ telefon                                   | 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 pobrania</b> |   |  |
| nazwa:   | Miejska Przychodnia Specjalistyczna (punkt przy Motoarenie) |  |  |                    |  |   |  |                       | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń ul. Pera Jonssona 7                            |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| telefon/ telefon                                   | 506325200, 506324235  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</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/ telefon                                   | 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 pobrania</b> |   |  |
| nazwa:   | Transport sanitarny   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-100 Toruń Pod Dębową górą 29/31                          | 3                                      |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| telefon/ telefon - dyspozytornia                   | 606-153-800   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-05-14  |  |  |                    |  |   |  |                       |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</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/ telefon                                   | 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 pobrania</b> |   |  |

|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Okólna 1                                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 665805182  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 4A (korty tenisowe)           |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 665805182  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-24   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.                              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Bema 73-79                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 665805182  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M |
| 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                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | TSMK-ArtMed  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M |
| 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                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |  | 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:  | J-MED. JÓZEF RZEPKA  | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 790742800  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-31   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | J-MED. JÓZEF RZEPKA  | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 790742800  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-10-19   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | NZOS "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  | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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                         | 2021-06-17   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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  | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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                         | 2021-05-28   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony - dyspozytornia                 | 574 232 044  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-09-27   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | Transport sanitarny                           | <b>1</b>                        |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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                            | 2021-10-19                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |   | 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                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej | <b>1</b>                        |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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                         | 2021-06-01                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |   | 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                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | <b>S</b> |
| 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                         | 2021-05-14                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | <b>S</b> |
| 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                         | 2021-06-01                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |   | 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                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław                |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | <b>S</b> |
| 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                         | 2021-05-14                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       |   | 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                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | NZOZ Rodzina sp. z o.o.                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | <b>S</b> |
| 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                         | 2021-06-01                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       |   | 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                               |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | Nadgoplańskie WOPR                            |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                | <b>S</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze1              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| telefon/ telefony                                 | 667547242                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| 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 pobrania |          |
| nazwa:  | Nadgoplańskie WOPR                            |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze1              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| telefon/ telefony                                 | 667547242                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                |          |

|   |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze1   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M |
| telefon/ telefony                                 | 509 585 355  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-07-02   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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                         | 2021-05-14   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |  | 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, 87-720  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 |                                 |   | X           |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 691055791  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-23   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | IZOLATORIUM  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 |                                 |   | X           |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 691055791  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-10-20   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |  | 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stacja Dializ w Radziejowie, Radziejów 88-200, ul. Szpitalna 3F  |                                 | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 542342930  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | BEATA RADZIKOWSKA 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 |   |
| nazwa:  | CITO TEST  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-160 Janikowo, ul. Szkolna 1   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 887-037-035, 783-772-757   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | CITO TEST  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gniewkowo/88-140/Powstańców Wielkopolskich 5   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 887-037-035, 783-772-757   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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:  | CITO TEST  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-160 Janikowo, ul. Szkolna 1   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 887-037-035, 783-772-757   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-10-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | PRZYCHODNIA RODZINNA ALMEDIC   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| 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                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Revital Medic Centrum Rehabilitacji-Specjalistyczne Gabinety Lekarskie |                                 |   |             | X                                   |                                    |                                     |              |
| 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                         | 2021-07-26   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | 2M           |
| 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                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | M            |
| 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                         | 2021-05-14   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Centrum Medyczne Ikar – Borowicz Spółka Jawna                          |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | M            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-915 Bydgoszcz, ul. Szubińska 32                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 660 573 850  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-10-28   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                               |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Maramed Marcin Janicki   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | 6M           |
| 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                         | 2021-06-01   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:  | Maramed Marcin Janicki   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     | 2M           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-880 Brześć Kujawski, Rzadka Wola 33                                 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 730 760 550  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 27.09.2021 / 22.10.2021  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                           |
| 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 55       |   | 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  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-600 Chojnice, ul. Wiśniowa 1a  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 52 396 73 31  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruszkowski   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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 Ruszkowski   | 1                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-28  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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 Ruszkowski   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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 Ruszkowski   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włocławek/87-800/Aleja Fryderyka Chopina 8                                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-01  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-24  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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:  | Praktyka Lekarska Leszek Ruszkowski   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | M                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 691 055 445   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-17  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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                     | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność                   | wstępna kwalifikacja typu           | punkt pobrań |                             |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o. |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | S                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/M. Skłodowskiej-Curie 73   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 0517-459-058  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-05-14  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| nazwa:  | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny                                |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojkska Polskiego 5  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony:                                | 54 283 72 50  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| identyfikator REGON                               | 910514039   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID |
|   |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | SZPITAL TYMCZASOWY          |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja                            | izolatorium        | doraźne świadczenia stomatologiczne        | test na obecność                          | wstępna kwalifikacja typu                  | punkt pobrań        |
|--|--|--|--|--------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny |  | X  |                    |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cieleszów 87-720/wojska Polskiego                |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 54 283 72 50                                     |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             | 27.03.2021                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-05-15                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| 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                                |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <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:   | 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                          | 2021-05-14                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja</b>                     | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność</b>                   | <b>wstępna kwalifikacja typu</b>           | <b>punkt pobrań</b> |
| 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                          | 2021-06-01                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja</b>                     | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność</b>                   | <b>wstępna kwalifikacja typu</b>           | <b>punkt pobrań</b> |
| 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                             | 2021-10-01                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja</b>                     | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność</b>                   | <b>wstępna kwalifikacja typu</b>           | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o.         |  |  |                    |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 2E          |  |  |                    |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 795-462-205                                      |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-10-26                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| 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  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja</b>                     | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność</b>                   | <b>wstępna kwalifikacja typu</b>           | <b>punkt pobrań</b> |
| 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                          | 2021-05-14                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |  |   |  |                     |
| 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  |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <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:   | 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                          | 2021-06-01                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| <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:   | 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                             | 2021-10-28                                       |  |  |                    |  |   |  |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |  |   |  |                     |