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

stan na dzień 26-11-2021

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		rodzaj realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza**								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12								
telefon/ telefony:	52 325-56-07								
identyfikator REGON	000979188								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Browicza**		X			X	X	S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12								
telefon/ telefony	52 325-56-07								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1									
telefon/ telefony:	52 32 56 600, 52 32 56 719									
identyfikator REGON	092356930									
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X			X	X	S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera**								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59								
telefon/ telefony:	56 679 55 47								
identyfikator REGON	000316068								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SOR		X			X	X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul. Św.Józefa 53-59								
telefon/ telefony	56 67 93 128/129								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X			X	X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Transport sanitarny	1							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul. Konstytucji 3 Maja 40A								
telefon/ telefony - dyspozytornia	52 328 56 06								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		katalog realizowanych swiadczeń							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 pobrań		
nazwa:	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM		X				X	S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań		
nazwa:	**Nowy Szpital Sp. z o.o.**							S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	86-120 Pruszcz ul. Poniatowskiego 12									
telefon/ telefony	576 670 662									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	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	1								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126									
telefon/ telefony- dyspozytornia	52 328 56 01									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-17									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		katalog realizowanych swiadczeń						
nazwa:	**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7							
telefon/ telefony:	52 323 04 13							
identyfikator REGON	001044962							
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań

nazwa:	Transport sanitarny	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13							
telefon/ telefony - dyspozytornia	52 328 56 01							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								
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	Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13							
telefon/ telefony - dyspozytornia	52 328 56 01							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-17							
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Transport sanitarny	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13							
telefon/ telefony - dyspozytornia	52 328 56 01							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony:	56 641-34-00									
identyfikator REGON	870298738									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	SOR		X			X	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-40-09									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	choroby wewnętrzne		X			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-34-00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	chirurgia ogólna		X			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-34-00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	ortopedia z traumatologią narządu ruchu		X			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-34-00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	ginekologia i położnictwo		X			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-34-00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01									
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	neonatologia		X			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17									
telefon/ telefony	56 641-34-00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01									
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:	kardiochirurgia		X			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17							
telefon/ telefony	56 641-34-00							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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							
Miejsce udzielania świadczeń 20		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	DIALIZOTERAPIA		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 21		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	UROLOGIA		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 23		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	REUMATOLOGIA		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 24		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	PSYCHIATRIA		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 25		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 26		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	GASTROENTEROLOGIA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 27		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 28		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	NEFROLOGIA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 29		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	OKULISTYKA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 30		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	OTORYNOLARYNGOLOGIA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 31		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	NEUROLOGIA DZIECIĘCA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-07-01							
Miejsce udzielania świadczeń 32		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		
telefon/ telefony	56 641 44 44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17	1						
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:								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		s
telefon/ telefony	056 641-49-44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 35		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17							s
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:								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X			X		M
telefon/ telefony	056 641--49-44							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9									
telefon/ telefony:	585-44-80 / 585-34-81									
identyfikator REGON	001126074									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zakład Mikrobiologii							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9		X			X		
telefon/ telefony	585-44-80 / 585-34-81							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9		X				X	
telefon/ telefony								
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBL.ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10									
telefon/ telefony:	052 315-25-15									
identyfikator REGON	092358112									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10		X				X	X
telefon/ telefony	052 315-25-15							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**"SZPITAL TUCHOLSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHOLA/ 89-500 /NOWODWORSKIEGO 14-18									
telefon/ telefony:	52 33 60 503									
identyfikator REGON	092965579									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18		X			X	X	S
telefon/ telefony	52 33 60 503							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR J.ŁASKIEGO - 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 pobrań
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								

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:	**SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR J.ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIĘCBORKU**							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘPÓLNO KRAJEŃSKIE/89-400/CHOJNICKA 19							
telefon/ telefony	664995195							
Data dodania do wykazu	2021-11-25							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		katalog realizowanych swiadczeń						
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 pobrań
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 swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9									
telefon/ telefony:	566689100 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 pobrań
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 swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE								I	II
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 pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X				X	S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1									
telefon/ telefony	056 677-26-07									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO 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 pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X			X	X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44								
telefon/ telefony	523262100								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		katalog realizowanych swiadczeń							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/I. ROMANOWSKIEJ 2								
telefon/ telefony:	052 374-30-00								
identyfikator REGON	001255363								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X			X	X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2								
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							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2								
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							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2								
telefon/ telefony	052 374-30-00								
Data dodania do wykazu	2021-10-01								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5									
telefon/ telefony:	261 417 220									
identyfikator REGON	090538318									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM		X			X	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5									
telefon/ telefony	261417220									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
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							S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5									
telefon/ telefony	261417220									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-01									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		katalog realizowanych swiadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6									
telefon/ telefony:	52 58-26-200									
identyfikator REGON	092325348									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ		X			X	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6									
telefon/ telefony	52 58-26-200									

Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
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							S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6									
telefon/ telefony	52 58-26-200									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-01									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY**								I	II
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 swiadczeń**							**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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97		X			X	X	S		
telefon/ telefony	052 35-45-500									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**katalog realizowanych swiadczeń**							**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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30		X			X	X	S		
telefon/ telefony	52 30-31-341									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O.**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27									
telefon/ telefony:	056 688 17 25									
identyfikator REGON	320425520									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27		X			X	X	S		
telefon/ telefony	056 688 17 25									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**katalog realizowanych swiadczeń**							**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 NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7									
telefon/ telefony:	41 240 10 02									
identyfikator REGON	340104087									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7		X			X	X	S		
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9					X	X			
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9							S		
telefon/ telefony	41 240 10 02									
Data dodania do wykazu										
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:	IZBA PRZYJĘĆ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9							S
telefon/ telefony	412 401 007							
Data dodania do wykazu	2021-11-25							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75			
telefon/ telefony:	52 36-55-799			
identyfikator REGON	340517145			

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75		X			X	X	
telefon/ telefony	52 36-55-799							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPÓŁKA Z O.O.		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6			
telefon/ telefony:	542 880 415			
identyfikator REGON	340572055			

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6		X			X	X	S
telefon/ telefony	542 880 415							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCŁAWKU		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WŁOCŁAWEK/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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WŁOCŁAWEK/87-800/WIENIECKA 49		X			X	X	S
telefon/ telefony	54 413 18 70							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W ŁASINIE		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASIN/86-320/RADZYŃSKA 4			
telefon/ telefony:	564 664 204			
identyfikator REGON	870250810			

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	ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2		X			X	X	
telefon/ telefony	564 664 204							
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	ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2							S
telefon/ telefony	564 664 204							
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	ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2							S
telefon/ telefony	564 664 204							
Data dodania do wykazu	2021-11-16							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19			
telefon/ telefony:	056 65-57-530			
identyfikator REGON	870252274			

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	TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19		X			X	X	
telefon/ telefony	056 65-57-530							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		katalog realizowanych swiadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHEŁMŻY		I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23			

telefon/ telefony:	566 752 255									
identyfikator REGON	871547899									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMŻA/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	CHEŁMŻA/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	CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23							S		
telefon/ telefony	566 752 255									
Data dodania do wykazu	2021-10-08									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E									
telefon/ telefony:	056-683-22-91									
identyfikator REGON	871552334									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOLUB-DOBRZYŃ/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 swiadczeń**							**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 swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2									
telefon/ telefony:	054 23 08 728									
identyfikator REGON	910858394									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2		X			X	X	S		
telefon/ telefony	054 23 08 728									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**	**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.**								I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18									
telefon/ telefony:	054 282-80-01									
identyfikator REGON	911344332									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18		X			X	X			
telefon/ telefony	054 282-80-01									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**katalog realizowanych swiadczeń**								
nazwa:	**22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,									
telefon/ telefony:										
identyfikator REGON										
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**		
nazwa:	22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ							S		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,									
telefon/ telefony	54 283 72 00									

Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Alab Laboratoria Sp z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-739 Warszawa ul. Stepińska 22/30							
telefon/ telefony:	022 349-60-60							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Alab Laboratoria Sp z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń ul. Grudziądzka 51b							S
telefon/ telefony	665-787-368							
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:	Alab Laboratoria Sp z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-790 Bydgoszcz ul. Szafirowa 14							S
telefon/ telefony	52 307-95-60							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-01							
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:	Alab Laboratoria Sp z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń ul Bema 23/29							S
telefon/ telefony	52 307-95-60							
Data dodania do wykazu	2021-11-16							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**TRANS MEDICA Sebastian Dudek**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)							
telefon/ telefony:	791203553							
identyfikator REGON								
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:	TRANS MEDICA Sebastian Dudek							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)							S
telefon/ telefony	791203553							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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:	TRANS MEDICA Sebastian Dudek							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy)							S
telefon/ telefony	791203553							
Data dodania do wykazu	2021-11-02							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Miejska Przychodnia Specjalistyczna**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń ul. Uniwersytecka 17							
telefon/ telefony:	506324054							
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:	Miejska Przychodnia Specjalistyczna (punkt przy Motoarenie)							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń ul. Pera Jonssona 7							
telefon/ telefony	506325200, 506324235							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**PRO-MED**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń Pod Dębową górą 29/31							
telefon/ telefony:	606-153-800							
identyfikator REGON								
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	3						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń Pod Dębową górą 29/31							
telefon/ telefony - dyspozytornia	606-153-800							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-600 Lipno, Nieszawska 6							
telefon/ telefony:	782 376 12							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń, ul. Okólna 1							S
telefon/ telefony	665805182							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 4A (korty tenisowe)							S
telefon/ telefony	665805182							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń, ul. Bema 73-79							S

telefon/ telefony	665805182							
Data dodania do wykazu	26.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**katalog realizowanych swiadczeń**						
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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1							M
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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1							M
telefon/ telefony	515179151							
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:	TSMK-ArtMed							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1							M
telefon/ telefony	515179151							
Data dodania do wykazu	2021-11-05							
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:	TSMK-ArtMed							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	89-500 Tuchola , Plac Zamkowy 1	1						
telefon/ telefony	515179151							
Data dodania do wykazu	2021-11-12							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**katalog realizowanych swiadczeń**						
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**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2	1						
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**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2	1						
telefon/ telefony - dyspozytornia	790742800							
Data dodania do wykazu	2021-10-19							
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:	**J-MED. JÓZEF RZEPKA**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2	1						
telefon/ telefony - dyspozytornia	790742800							
Data dodania do wykazu	2021-11-11							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**NZOZ "RATUJ" RATOWNICTWO,ZABEZPIECZENIA I TRANSPORT MEDYCZNY**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2							
telefon/ telefony:	724 123 979							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Transport sanitarny							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2	1						
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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2	1						
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							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2	1						
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 pobrań**
nazwa:	Transport sanitarny							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń,ul.Curie-Skłodowskiej 81/2	1						
telefon/ telefony - dyspozytornia	574 232 044							
Data dodania do wykazu	2021-10-19							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Transport sanitarny	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-720 Ciechocinek/ul. Wojska Polskiego 5							
telefon/ telefony - dyspozytornia	694 211 621							
Data dodania do wykazu	2021-11-06							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47							
telefon/ telefony:	508-152-940							
identyfikator REGON	91 235 519							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47							
telefon/ telefony - dyspozytornia	508-152-940							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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:	Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47							
telefon/ telefony - dyspozytornia	508-152-940							
Data dodania do wykazu	2021-11-06							
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 pobrań**
nazwa:	Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej	1						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47							
telefon/ telefony - dyspozytornia	508-152-940							
Data dodania do wykazu	2021-11-12							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-410 Kowalewo Pomorskie, Plac Wolności 3A							
telefon/ telefony:	602622375							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-410 Kowalewo Pomorskie, Plac Wolności 3A							
telefon/ telefony	602622375							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	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:	NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-410 Wielkie Rychnowo, Wielkie Rychnowo 15							
telefon/ telefony	602622375							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-01							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	86-260 Unisław, ul. Parkowa 16							
telefon/ telefony:	667 547 223							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	86-260 Unisław, ul. Parkowa 16							
telefon/ telefony	667 547 223							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**NZOZ Rodzina sp. z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6							
telefon/ telefony:	575703670							
identyfikator REGON	341337391							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	NZOZ Rodzina sp. z o.o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6							
telefon/ telefony	575703670							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-01							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Nadgoplańskie WOPR**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-150 Kruszwica, ul. Popiela 2							
telefon/ telefony:	667547242							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Nadgoplańskie WOPR							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze 1							
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 pobrań**

nazwa:	Nadgoplańskie WOPR							M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze 1							
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. Podzamcze 1							
telefon/ telefony	509 585 355							
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 pobrań**
nazwa:	Nadgoplańskie WOPR							M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-150 Kruszwica, ul. Podzamcze 1							
telefon/ telefony	509 585 355							
Data dodania do wykazu	2021-11-08							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciechocinek, 87-720 ul. Warzelniana 1,							
telefon/ telefony:	691055791							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	IZOLATORIUM							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku , Ciechocinek, ul. Warzelniana 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 Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku , Ciechocinek, ul. Warzelniana 1, 87-720			X				
telefon/ telefony	691055791							
Data dodania do wykazu	2021-10-20							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**katalog realizowanych swiadczeń**						
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 swiadczeń**						
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							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-160 Janikowo, ul. Szkolna 1							
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							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gniewkowo/88-140/Powstańców Wielkopolskich 5							
telefon/ telefony	887-037-035, 783-772-757							
Data dodania do wykazu	2021-04-01							
Data wykreślenia z wykazu	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							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	88-160 Janikowo, ul. Szkolna 1							
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 swiadczeń**						
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							
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	2021-11-16							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		**katalog realizowanych swiadczeń**						
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 swiadczeń**						
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							3M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-880 Brześć Kujawski, Rzadka Wola 33							
telefon/ telefony	730 760 550							
Data dodania do wykazu	2021-09-27 / 2021-10-22 / 2021-11-05							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**katalog realizowanych swiadczeń**						
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							M
telefon/ telefony	601 412 061							
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:	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	2021-11-22							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Therapeutica Sp. z o.o**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/	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 swiadczeń**						
nazwa:	**Praktyka Lekarska Leszek Ruszkowski**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/	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/	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 swiadczeń**						
nazwa:	**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/M. Skłodowskiej-Curie 73							
telefon/ telefony:	0517-459-058							
identyfikator REGON	871561729							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o.							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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o.							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	2021-11-16							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**katalog realizowanych swiadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny**								SZPITAL TYMCZASOWY
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5								
telefon/ telefony:	54 283 72 50								
identyfikator REGON	910514039								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny		X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5							
telefon/ telefony	54 283 72 50							
Data dodania do wykazu	27.03.2021							
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-15							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 35							
telefon/ telefony:	795-462-205							
identyfikator REGON								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul. Szosa Bydgoska 3							
telefon/ telefony	795-462-205							
Data dodania do wykazu	2021-03-29							
Data wykreślenia z wykazu	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:	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							
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-674/Gdańska 163							
telefon/ telefony	795-462-205							
Data dodania do wykazu	2021-10-01							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 35							
telefon/ telefony	795-462-205							
Data dodania do wykazu	2021-10-26							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Mineola Laboratorium**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A							
telefon/ telefony:	577-050-900							
identyfikator REGON	387474130							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Mineola Laboratorium							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A							
telefon/ telefony	577-050-900							
Data dodania do wykazu	2021-04-01							
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-14							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**Expertmed Bartosz Witt**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4							
telefon/ telefony:	504-245-016							
identyfikator REGON	340498703							
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny**	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Expertmed Bartosz Witt							M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4							
telefon/ telefony	504-245-016							
Data dodania do wykazu	2021-04-01							
Data wykreślenia z wykazu	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:	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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	**BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipno /87-600 / Bukowa 4							
telefon/ telefony:	785-879-707							
identyfikator REGON	384232313							
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:	BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED							M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipno /87-600 / Bukowa 4							
telefon/ telefony	785-879-707							
Data dodania do wykazu	2021-11-02							
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:	BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100 / Przy Skarpie 2A							
telefon/ telefony	665-805-182							
Data dodania do wykazu	2021-11-02							
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:	BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-800 Włocławek / Aleja Fryderyka Chopina 8							
telefon/ telefony	665-805-182							
Data dodania do wykazu	2021-11-10							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		katalog realizowanych swiadczeń						
nazwa:	Immquest sp. z.o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ ul. Polna 32a							
telefon/ telefony:	536-999-273							
identyfikator REGON	340866101							
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:	Immquest sp. z.o.o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ ul. Polna 32a							
telefon/ telefony	536-999-273							
Data dodania do wykazu	2021-11-10							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	Instytut Genetyki Sądowej Sp. z o.o. w Bydgoszczy							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-071/Aleje Adama Mickiewicza 3							
telefon/ telefony:	605-694-691							
identyfikator REGON	366964361							
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:	Instytut Genetyki Sądowej Sp. z o.o. w Bydgoszczy							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-016/ Al.3 maja 6							
telefon/ telefony								
Data dodania do wykazu	2021-11-10							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	Centrum Medyczne MEDIKAR-BOROWICZ Sp. J.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	/BYDGOSZCZ/ 85-915/ SZUBIŃSKA 32							
telefon/ telefony:	(60) 861-64-81							
identyfikator REGON	34139573800000							
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 MEDIKAR-BOROWICZ Sp. J.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Latkowo/88-110/ Latkowo 4							
telefon/ telefony	(60) 861-64-81							
Data dodania do wykazu	2021-11-24							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**katalog realizowanych swiadczeń**						
nazwa:	Grudziądzkie Centrum Medyczne GRUMED Sp. z o. o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	/GRUDZIĄDZ/ 86-300/UL. MIESZKA I 5							
telefon/ telefony:	56 643 00 00							
identyfikator REGON	382143947							
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:	Grudziądzkie Centrum Medyczne GRUMED Sp. z o. o.							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	/GRUDZIĄDZ/ 86-300/UL. MIESZKA I 5							
telefon/ telefony	56 643 00 00							
Data dodania do wykazu	2021-11-26							
Data wykreślenia z wykazu								