

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza | | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 325-56-07 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000979188 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza | | X | | | X | X | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 325-56-07 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul. Seminaryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 32 56 600, 52 32 56 719 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092356930 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul. Seminaryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera | | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 56 679 55 47 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000316068 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | SOR | | X | | | X | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 56 67 93 128/129 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Krasieńskiego 4/4a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Konstytucji 3 Maja 40A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony - dyspozytornia | 52 328 56 06 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Nowy Szpital Sp. z o.o. | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 41 240 16 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 812731198 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | X | | | | X | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| nazwa: | Nowy Szpital Sp. z o.o. | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-120 Pruszczy ul. Poniatowskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 576 670 662 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-03 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| 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 świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 323 04 13 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001044962 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 świadczeń | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | SOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | X | | | | | | | | | | | | |
| 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | choroby wewnętrzne | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | chirurgia ogólna | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | ortopedia z traumatologią narządu ruchu | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | ginekologia i położnictwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | neonatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | kardiologia, w tym inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | neurologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | neurochirurgia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | kardiochirurgia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| 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 pobrania |
|---|--|---------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa: | chirurgia naczyniowa | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 056 641-44-09 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | pediatria | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 56 641-34-00 56 641-37-89 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | CHIRURGIA DZIECIĘCA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | PULMONOLOGIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | ENDOKRYNOLOGIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | KARDIOLOGIA DZIECIĘCA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 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 pobrania |
| nazwa: | DIALIZOTERAPIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | | | | | | |
| 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 pobrania |
| nazwa: | UROLOGIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | | | | | | |
| 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 pobrania |
| nazwa: | REUMATOLOGIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | | | | | | |
| 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 pobrania |
| nazwa: | PSYCHIATRIA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 56 641 44 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | | | | | | |
| 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 pobrania |
| 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 pobrania |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 pobrany |
| 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 świadczeń | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Składowskiej-Curie 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 585-44-80 / 585-34-81 | | | | | | | | | | | | | | | | | II |
| 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 pobrany |
| nazwa: | Zakład Mikrobiologii | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Składowskiej-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 pobrany |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Składowskiej-Curie 9 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE | | | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 315-25-15 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092358112 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | | X | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 315-25-15 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | "SZPITAL TUCHOLSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/ 89-500 /NOWODWORSKIEGO 14-18 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 33 60 503 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092965579 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | S | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 33 60 503 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. DR. A. GĄCY I DR. J. ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIECORKU | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIECORK/89-410/MICKIEWICZA 26 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 38-96-231 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 093213663 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIECORK/89-410/MICKIEWICZA 26 | | | | | | | | | | | |
| 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 pobrania | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. DR. A. GĄCY I DR. J. ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIECORKU | | | | | | | 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 świadczeń | | | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIECIE/86-100/SADOWA 18 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 33 11 031 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291523 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIECIE/86-100/SADOWA 18 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 33 11 031 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | 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 pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | S | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 566689100 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID -19 | Poziom zabezpieczenia COVID -19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHELMNIE | | | | | | | | | | I | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 056 677-26-07 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310025 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | | X | S | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMNO/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 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | 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 pobrania | | | | | |
| 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 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY | | | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/Ł. 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 pobrania | | | | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | X | | | X | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/Ł. 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 pobrania | | | | S | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/Ł. 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 pobrania | | | | S | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/Ł. ROMANOWSKIEJ 2 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 052 374-30-00 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-10-01 | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | 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/POWSTANCÓW 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 pobrania | | | | | |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | X | | | X | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTANCÓW 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 pobrania | | | | S | |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTANCÓW WARSZAWY 5 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261417220 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-01 | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | 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 pobrania | | | | | |
| 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 pobrania | | | | S | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | 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 pobrania | | |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19</p> <p>telefon/ telefony 52 37-09-400</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | | X | | | | X | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa: SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97</p> <p>telefon/ telefony: 052 35-45-500</p> <p>identyfikator REGON 092358780</p> | | | | | | | | | I | II |
| <p>nazwa: ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97</p> <p>telefon/ telefony 052 35-45-500</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | transport sanitarny | X | | | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 X | wstępna kwalifikacja typu pretriage X | punkt pobrania S | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa: PALUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30</p> <p>telefon/ telefony: 52 30-31-341</p> <p>identyfikator REGON 093213309</p> | | | | | | | | | I | II |
| <p>nazwa: ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30</p> <p>telefon/ telefony 52 30-31-341</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | transport sanitarny | X | | | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 X | wstępna kwalifikacja typu pretriage X | punkt pobrania S | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŃNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŃNIE SP. Z O.O.</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WĄBRZEŃNO/87-200/WOLNOŚCI 27</p> <p>telefon/ telefony: 056 688 17 25</p> <p>identyfikator REGON 320425520</p> | | | | | | | | | I | II |
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WĄBRZEŃNO/87-200/WOLNOŚCI 27</p> <p>telefon/ telefony 056 688 17 25</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | transport sanitarny | X | | | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 X | wstępna kwalifikacja typu pretriage X | punkt pobrania S | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,"</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7</p> <p>telefon/ telefony: 41 240 10 02</p> <p>identyfikator REGON 340104087</p> | | | | | | | | | I | II |
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7</p> <p>telefon/ telefony 41 240 10 02</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | transport sanitarny | X | | | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 X | wstępna kwalifikacja typu pretriage X | punkt pobrania S | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9</p> <p>telefon/ telefony 41 240 10 02</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | | | | | X | X | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9</p> <p>telefon/ telefony 41 240 10 02</p> <p>Data dodania do wykazu</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 2021-06-24</p> | | | | | | | | S | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |
| <p>nazwa: IZBA PRZYJĘĆ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9</p> <p>telefon/ telefony 412 401 007</p> <p>Data dodania do wykazu 2021-11-25</p> <p>Data wykreślenia z wykazu</p> | | | | | | | | S | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa: SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIEŁA W BYDGOSZCZY</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75</p> <p>telefon/ telefony: 52 36-55-799</p> <p>identyfikator REGON 340517145</p> | | | | | | | | | I | II |
| <p>nazwa: ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM</p> | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | | |

| 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. | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń ul Bema 23/29 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 52 307-95-60 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-16 | | | | | | | |
| 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: | Alab Laboratoria Sp z o.o. | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-133/Teofila Lenartowicza 33-35 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 224391197 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-06 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| 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 | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy) | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 791203553 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-01 | | | | | | | |
| 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: | TRANS MEDICA Sebastian Dudek | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek Broniewskiego 26 (plac cyrkowy) | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 791203553 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-02 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Miejška 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: | Miejška 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 świadczeń | | | | | | |
| 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 | 2021-05-14 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| 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. | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Okólna 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665805182 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-01 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o. | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 4A (korty tenisowe) | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665805182 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-24 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Firma Rezonans Lipno Sp. z o.o. | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Bema 73-79 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665805182 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-14 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | TSMK-ArtMed | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-500 Tuchola, Plac Zamkowy 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 515179151 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 92 912 962 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | TSMK-ArtMed | | | | | | | M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-500 Tuchola, Plac Zamkowy 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 515179151 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | J-MED. JÓZEF RZEPKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-140 Gniewkowo, Jana III Sobieskiego 33/2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 790742800 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 340 781 899 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | NZOZ "RATUJ" RATOWNICTWO ZABEZPIECZENIA I TRANSPORT MEDYCZNY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, ul. Curie-Skłodowskiej 81/2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 724 123 979 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 pobrania | |
| 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 pobrania | |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-720 Ciechocinek/ul. Wojska Polskiego 5 | 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony - dyspozytornia | 694 211 621 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-06 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-467 Bydgoszcz, ul. Deszczowa 47 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508-152-940 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 91 235 519 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa: Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej 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 | | 1 | | | | | | |
| nazwa: Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej 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 | | 1 | | | | | | |
| nazwa: Firma Agamed Transport Medyczny Romuald Barej 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 | | 1 | | | | | | |
| 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 87-410 Kowalewo Pomorskie, Plac Wolności 3A telefon/ telefony 602622375 Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu 2021-05-14 | | | | | | | | S |
| nazwa: NZOZ ESKULAP Kowalewo Pomorskie 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 | | | | | | | | S |
| 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: Gminny Ośrodek Zdrowia Unisław adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 86-260 Unisław, ul. Parkowa 16 telefon/ telefony 667 547 223 Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu 2021-05-14 | | | | | | | | S |
| 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: NZOZ Rodzina sp. z o.o. adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6 telefon/ telefony 575703670 Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu 2021-06-01 | | | | | | | | S |
| nazwa: NZOZ Rodzina sp. z o.o. adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Inowrocław/88-100 /ul. 59 Pułku Piechoty 6 telefon/ telefony 575703670 Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu 2021-12-08 | | | | | | | | S |
| nazwa: Nadgoplańskie WOPR adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 88-150 Kruszwica, ul. Popieła 2 telefon/ telefony 667547242 Identyfikator REGON | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: Nadgoplańskie WOPR 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 | | | | | | | | S |
| nazwa: Nadgoplańskie WOPR 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 | | | | | | | | M |
| nazwa: Nadgoplańskie WOPR | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| nazwa: | Therapeutica Sp. z o.o | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-600 Chojnice, ul. Wiśniowa 1a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 396 73 31 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 220770740 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | punkt pobrania |
| nazwa: | Therapeutica Sp. z o.o | | | | | | | | M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-600 Chojnice, ul. Wiśniowa 1a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 52 396 73 31 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-14 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Leszek Ruszkowski | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 691 055 445 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 910224028 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | punkt pobrania |
| 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 pobrania |
| 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 pobrania |
| 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 pobrania |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Leszek Ruszkowski | | | | | | | | M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, ul. Bukowa 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 691 055 445 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-17 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/M. Skłodowskiej-Curie 73 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 0517-459-058 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 871561729 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | punkt pobrania |
| 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 pobrania |
| 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 świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5 | | | | | | | | SZPITAL TYMCZASOWY |
| 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 pobrania |
| nazwa: | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 54 283 72 50 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.03.2021 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-15 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | punkt pobrania |
| nazwa: | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 54 283 72 50 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-01 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |

| nazwa: Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 2E | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: 795-462-205 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa: Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/ul. Szosa Bydgoska 3 | | | | | | | | S |
| 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 pobrania |
| nazwa: Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bydgoszcz/85-674/Gdańska 163 | | | | | | | | S |
| 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 pobrania |
| nazwa: Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bydgoszcz/85-674/Gdańska 163 | | | | | | | | S |
| 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 pobrania |
| nazwa: Vitalabo Laboratoria Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bydgoszcz/85-795/ul. gen. J. Hallera 2E | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony: 795-462-205 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu: 2021-10-26 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu: | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: Mineola Laboratorium | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: 577-050-900 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON: 387474130 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa: Mineola Laboratorium | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/Adama Mickiewicza 85A | | | | | | | | S |
| 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 świadczeń | | | | | | |
| nazwa: Expertmed Bartosz Witt | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: 504-245-016 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON: 340498703 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa: Expertmed Bartosz Witt | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4 | | | | | | | | M |
| 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 pobrania |
| nazwa: Expertmed Bartosz Witt | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100/Watzenrodego 5b/4 | | | | | | | | M |
| telefon/ telefony: 504-245-016 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu: 2021-10-28 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu: | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| 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 pobrania |
| nazwa: BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Lipno /87-600 / Bukowa 4 | | | | | | | | M |
| 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 pobrania |
| nazwa: BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Toruń/87-100 / Przy Skarpie 2A | | | | | | | | S |
| 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 pobrania |
| nazwa: BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: 87-800 Włocławek / Aleja Fryderyka Chogina 8 | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony: 665-805-182 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu: 2021-11-10 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu: | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa: BARBARA RUSZKOWSKA RUS-MED | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: 87-840 Lubień Kujawski / ul. Rynkowa 1 | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony: 609119269 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu: 2021-12-08 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu: | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| 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 świadczeń | | | | | | | |
| 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 świadczeń | | | | | | | |
| 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 | Łatkowo/88-110/ Łatkowo 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 świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |