

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

| 1   | 2  | 3                                       | 4  | 5   | 6  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | „SOLANKI” UZDROWISKO INOWROCLAW              |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław ul. Solankowa 77           |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 52 35-63-251                                 |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000288136                                    |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | „Kujawiak”                                   |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław ul. Sienkiewicza 50        | X                                       |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 52 35-63-263, 52 35-63-100, 52 35-63-104,    |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26                                   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | UZDROWISKO WIENIEC Sp. z o.o.                |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Wieniec Zdrój<br>ul. Brzozowa 1       |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 54 272-10-00; 54 236-23-07                   |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 8882445517                                   |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | UZDROWISKO WIENIEC Sp. z o.o.                |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Wieniec Zdrój<br>ul. Brzozowa 1       | X                                       |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 54 272 11 21<br>54 272 10 00<br>54 236 23 07 |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26                                   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | SZPITAL UZDROWISKOWY ENERGETYK               |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław ul. Wilkońskiego 2         |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 52 35 35 700<br>52 35 35 705                 |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 93083960                                     |   |  |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego        | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym        | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych        | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych        |
|---|--|---|--|---|--|
| nazwa:  | SZPITAL UZDROWISKOWY ENERGETYK                       | X                                       |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław ul. Wilkońskiego 2                 |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 52 35 35 700<br>52 35 35 705                         |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII            |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-326 Bydgoszcz, Seminaryjna 1                      |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 52 325-66-00; 52 325-67-00                           |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               |  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII            |   | X  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-472 Bydgoszcz, ul. Meysnera 9                     |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 52 32 79 322<br>52 32 79 300<br>52 32 79 329         |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | KUJAWSKO POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY |   |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-472 Bydgoszcz, ul. Meysnera 9                     |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 723900105  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-07   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Remedis  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, pl. 18 Stycznia 4                      |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 56 65 49 370   |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 340052367  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Remedis  |   |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, pl. 18 Stycznia 4                      |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 56 65 49 370   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-07   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | Promedica GP sp. z o.o.                |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-791 Bydgoszcz Szelburg-Zarembiny 19 |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 052 50-65-769                          |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 093211718                              |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | Promedica GP sp. z o.o.                |   |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-791 Bydgoszcz Szelburg-Zarembiny 19 |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 052 50-65-769                          |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-07                             |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | NOVAMED                                |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-300 Brodnica, Wczasowa 1b,          |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 605822105                              |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 871212319                              |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | NOVAMED                                |   |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-300 Brodnica, Wczasowa 1b,          |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 605822105                              |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-07                             |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | Szpital Lipno                          |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, Nieszawska 6             |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 542880390                              |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 340572055                              |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | Szpital Lipno                          |   |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, Nieszawska 6             |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 288-03-76                          |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-07                             |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację<br/>leczniczą w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Kopernika                  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 86-300 Grudziądz, CHEŁMIŃSKA 79        |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 566427796                              |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 871550246                              |   |  |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|--|---|----------------------------------|---|--|---|
| nazwa:   | Przychodnia Kopernika                                 |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz, CHEŁMIŃSKA 79                       |                                  |   | X  | X   |
| telefon/ telefony                                  | 056 461-00-20   |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-07  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | Przychodnia Ogrody                                    |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-870 Bydgoszcz, Ogrody 21                           |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 888209222   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 093049301   |                                  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | Przychodnia Ogrody                                    |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-870 Bydgoszcz, Ogrody 21                           |                                  |   | X  |   |
| telefon/ telefony                                  | 888209222, 052 362-09-26                              |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-07  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE SIR MED SP Z O O                     |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, Staropoznańska 131-133             |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 523557900   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 301905573   |                                  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE SIR MED SP Z O O                     |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, Staropoznańska 131-133             |                                  |   | X  |   |
| telefon/ telefony                                  | 052-355-79-14, 0607 133 800                           |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-07  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | NZO SANATORIUM UZDROWISKOWE "KRYSZYŃKA" W CIECHOCINKU |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek, Polna 16                          |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 887885308   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 910252800   |                                  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | NZO SANATORIUM UZDROWISKOWE "KRYSZYŃKA" W CIECHOCINKU |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek, Polna 16                          |                                  |   | X  |   |
| telefon/ telefony                                  | 054 283-62-21 wew.539                                 |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-07  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | SZPITAL UNIWEERSYTECKI NR1 im. dr. A. JURASZA         |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek, Polna 16                          |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 52 585 44 06  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 1126074   |                                  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | SZPITAL UNIWEERSYTECKI NR1 im. dr. A. JURASZA         |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-094 Bydgoszcz, M. Skłodowskiej-Curie 9             |                                  |   | X  |   |
| telefon/ telefony                                  | 0781-446-851  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | "GEOTERMIA GRUDZIĄDZ" SPÓŁKA Z O.O.                   |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz, WARSZAWSKA 36                       |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 733619484   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 871563125   |                                  |   |  |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
|--|--|----------------------------------|---|--|---|--|
| nazwa:   | "GEOTERMIA GRUDZIĄDZ" SPÓŁKA Z O.O.  |                                  |   | X  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz, WARSZAWSKA 36  |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 564644584 wew. 4   |                                  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |                                  |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | SOLANKI UZDROWISKO INOWROCLAW SP. Z O.O.                                       |                                  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, SOLANKOWA 77  |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 519338590  |                                  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 288136   |                                  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | SOLANKI UZDROWISKO INOWROCLAW SP. Z O.O.                                       |                                  |   | X  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, SOLANKOWA 77  |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 52 35-63-263, 52 35-63-100, 52 35-63-104,                                      |                                  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |                                  |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | NZOZ "RADWAN" PRZEMYSŁAW RADZISZEWSKI, ANNA PANFIL, RADOŚLAW RADZISZEWSKI S.C. |                                  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-796 Bydgoszcz, PIECHOCKIEGO 3   |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 523436305  |                                  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 340049158  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | NZOZ "RADWAN" PRZEMYSŁAW RADZISZEWSKI, ANNA PANFIL, RADOŚLAW RADZISZEWSKI S.C. |                                  |   | X  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-796 Bydgoszcz, PIECHOCKIEGO 3   |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 523436305  |                                  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |                                  |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | MEDICA Sp. Z O.O. Prof. - Med. Oddział we Włocławku                            |                                  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-805 Włocławek; Toruńska 222   |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 509835942  |                                  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 610381010  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | MEDICA Sp. Z O.O. Prof. - Med. Oddział we Włocławku                            |                                  |   | X  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-805 Włocławek; Toruńska 222   |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 544210360  |                                  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |                                  |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | NZOZ ZESPÓŁ MEDYCZNY RODZINNEJ-IWONA ZABRZYŃSKA W ZŁOTNIKACH KUJAWSKICH        |                                  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-180 Złotniki Kujawskie; Strażacka 11  |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 604547395  |                                  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 91409764   |                                  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | NZOZ ZESPÓŁ MEDYCZNY RODZINNEJ-IWONA ZABRZYŃSKA W ZŁOTNIKACH KUJAWSKICH        |                                  |   | X  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-180 Złotniki Kujawskie; Strażacka 11  |                                  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 523517759  |                                  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |                                  |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |  |
| nazwa:   | REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU |                                  |   |  |   |  |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz DR. LUDWIKA RYDYGIERA 15/17                                   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 783232800  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 870298738  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU |   |  | <b>X</b>  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 86-300 Grudziądz DR. LUDWIKA RYDYGIERA 15/17                                   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 566414542  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                 |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-200 Radziejów, Szpitalna 3  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 542856271  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 910333036  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                 |   |  | <b>X</b>  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-200 Radziejów, Szpitalna 3  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 054 285-62-00, 0608277898  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | WITA KRYSZYNA JABŁOŃSKA USŁUGI REHABILITACYJNE                                 |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-800 Włocławek, Kaliska 98   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 544133621  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 911257834  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | WITA KRYSZYNA JABŁOŃSKA USŁUGI REHABILITACYJNE                                 |   |  | <b>X</b>  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-800 Włocławek, Kaliska 98   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 544133621  |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-14   |   |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:   | "REGIONALNY OŚRODEK MEDYCYNY SPORTOWEJ SPORTVITA" SP.Z O.O.                    |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-032 Bydgoszcz, Rejtana 1  |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 523222093  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                                | 341355271  |   |  |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
|--|---|-------------------------------------|--|---|--|
| nazwa:   | "REGIONALNY OŚRODEK MEDYCZYNY SPORTOWEJ<br>SPORTVITA" SP. Z O.O.  |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 85-032 Bydgoszcz; Rejtana 1   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 523222091   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-14  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>23</b> |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | 22 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-<br>REHABILITACYJNY  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 542 837 200   |                                     |  |   |  |
| Identyfikator REGON                                    | 910514039   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | 22 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-<br>REHABILITACYJNY  | X                                   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 542 837 200   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-14  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>24</b> |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | ZOZ Brodnica  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 87-300 Brodnica, Wiejska 9  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 056 668 91 28   |                                     |  |   |  |
| Identyfikator REGON                                    | 92965579  |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | ZOZ Brodnica  |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 87-300 Brodnica, Wiejska 9  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 056 668-92-40   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>25</b> |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY<br>UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR -<br>BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 85-915 Bydgoszcz; Szubińska 32  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 052 373-22-00; 052-366-80-15  |                                     |  |   |  |
| Identyfikator REGON                                    | 93168810  |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY<br>UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR -<br>BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 85-915 Bydgoszcz; Szubińska 32  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 0608-644-312  |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY<br>UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR -<br>BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 85-724 Bydgoszcz, Fromborska 18   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 052 322-66-66   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                         |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY<br>UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR -<br>BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | 86-005 Białe Błota, Barycka 38  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                      | 052 322-99-99   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |                                     |  |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                     |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|--|---|----------------------------------|---|--|---|
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY<br>UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR -<br>BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                  |   | X  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław, Andrzeja 15  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 052 506-55-88   |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-24  |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:   | "SŁONECZNY PARK" CENTRUM ZDROWIA<br>BYDGOSZCZ LEŚNA GRUPA POLSKIE PRZYCHODNIE                               |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-636 Bydgoszcz, ul. Czerkaska 22  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                 | 577 848 188   |                                  |   |  |   |



|   |   |                                     |  |   |  |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|
| identyfikator REGON                               | 366441605   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | "SŁONECZNY PARK" CENTRUM ZDROWIA<br>BYDGOSZCZ LEŚNA GRUPA POLSKIE PRZYCHODNIE |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-636 Bydgoszcz, ul. Czerkaska 22  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 730 533 002   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>27    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | REVITAL MEDIC CENTRUM REHABILITACJI -<br>SPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE   |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, Gregorkiewicza 3  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 500061969, 056 477 88 57  |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 871616790   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | REVITAL MEDIC CENTRUM REHABILITACJI -<br>SPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE   |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-100 Toruń, Gregorkiewicza 3  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 0730-731-253, 056 477-88-57   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | REVITAL MEDIC CENTRUM REHABILITACJI -<br>SPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE   |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-134 Zławieś Wielka, Rzęczkowo 54   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 0530-694-278  |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>28    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | NZOZ KOLEJOWY SZPITAL UZDROWISKOWY SP. Z<br>O.O. W CIECHOCINKU                |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-720 Ciechocinek, Zdrojowa 17   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 542 835 691   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 910869943   |                                     |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:  | NZOZ KOLEJOWY SZPITAL UZDROWISKOWY SP. Z<br>O.O. W CIECHOCINKU                |                                     |  | X   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-700 Aleksandrów Kujawski, Narutowicza 12                                   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 54 282 21 11  |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-24  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą          |   | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|
| <b>29</b>   |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Kujawska Szkoła Wyższa We Włocławku   |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek, Pl. Wolności 1  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 660 713 236   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 910215414   |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Kujawska Szkoła Wyższa We Włocławku   |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek, Stefana Okrzei 94a  |                                     |  | X   |  |
| telefon/ telefony                                 | 660718164   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-06-09  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>   |   |                                     |  |   |  |
| <b>30</b>   |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Przyjazna prowadzony przez Przyjazna Sp. z o.o. w Bydgoszczy |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-858 Bydgoszcz, ul. Przyjazna 13  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 052 360 34 56, 052 360 34 62  |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 92930405  |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Przyjazna prowadzony przez Przyjazna Sp. z o.o. w Bydgoszczy |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 85-858 Bydgoszcz, ul. Przyjazna 13  |                                     |  | X   | X  |
| telefon/ telefony                                 | 052 360 34 56, 052 360 34 62  |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-06-09  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>   |   |                                     |  |   |  |
| <b>31</b>   |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | NZOZ Wimed  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, Dębowa 21   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 054 288 68 10   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 910922560   |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | NZOZ Wimed  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-600 Lipno, Dębowa 21   |                                     |  | X   |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 288 68 10   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-06-09  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | NZOZ Wimed  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-630 Skępe, Warszawska 2  |                                     |  | X   |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 288 68 10   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-06-09  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>   |   |                                     |  |   |  |
| <b>32</b>   |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku                               |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek, Winiiecka 49  |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 054 412 91 07   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 341411727   |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku                               |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 87-800 Włocławek, Winiiecka 49  |                                     |  | X   |  |
| telefon/ telefony                                 | 054 412 91 07   |                                     |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-06-09  |                                     |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                     |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>   |   |                                     |  |   |  |
| <b>33</b>   |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Fizjomedica Monika Kolberg  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-436 Orchowo, Lipowa 29   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 604 601 054   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 301268014   |                                     |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                     |  |   |  |
| nazwa:  | Fizjomedica Monika Kolberg  |                                     |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-436 Orchowo, Lipowa 29   |                                     |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 604 601 054   |                                     |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 301268014   |                                     |  |   |  |

|   |                                    |  |  |          |  |
|---|------------------------------------|--|--|----------|--|
| nazwa:  | Fizjomedica Monika Kolberg         |  |  | <b>X</b> |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław, St. Staszica 67 |  |  |          |  |
| telefon/ telefony                                 | 604 601 054                        |  |  |          |  |