

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519 338 486 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290469 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 3957523, 713957509 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 577 477 245 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IV POZIOM | | X | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-09 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75/738 00 00; 75/738 02 60; 75/738 00 97 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310338 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu (1 ambulans) | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75/738 02 60 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 757 380 070; 798 767 124 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC / 59-900 / Lubańska 11/12 | | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 795 569 524 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-22 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLKOWICE / 59-101 / Kardynała Bolesława Kominka 7 | | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 795 569 524 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-22 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / M. Skłodowskiej-Curie 60 | | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 532 541 851 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-24 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izolatorium Zajazd "ELITE" Restauracja "La BELL" | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / gen. Augusta Emila Fieldorfa "NILA" 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-08 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-08 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica / 58-100 / Armii Krajowej 47 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 538 513 424 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Środa Śląska /55-300 /Legnicka 25 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 538 514 838 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów / 67-210 / Sportowa 1B | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 532 543 766 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica / 59-220 / Okrzei 14A | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 532 547 224 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Mobilny Zespół Wymazowy (1) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | M |
| telefon/ telefony | 75-738-02-18; 504 507 347 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-30 (obowiązuje od 2020-11-01) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71-733-11-10 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000289012 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-369 / Marii Curie-Skłodowskiej 66 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-04 (obowiązuje od 2021-01-01) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 59-100 / Wroclawska 46 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-04 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-18 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 59-100 / Wroclawska 46 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-04 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-18 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokolowskiego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74/ 64 89 806 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890047446 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjść | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-300 / Batorego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74/64 89 658 (Gabinet Chirurgiczny) 74/64 89 660 (Gabinet Internistyczny) 74/64 89 959 (Dyżurka Pielęgniarska) 74/64 89 959 (Sekretariat) 74/64 89 659 (Dyspozytornia) | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4 | | | | | | | | 5 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 601 768 507 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4 | | X | | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4 | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-30 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 999/112 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231161448 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu (1 ambulatoryjny) | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 571334831 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------|------------|
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-31 |
|---------------------------|------------|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 31020 81 lub 71 310 21 16 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294295 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 713349479; 713349424 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-05 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izolatorium Hotel Wiena | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-322 / Gajowicka 130 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-22 (obowiązuje od 2020-10-21) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-19 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 72-11-000 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390999441 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 72 11 801 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-04-09 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | 5 |
| telefon/ telefony | 76 72 11 945 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-02 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izolatorium Hotel Admiral | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Bielańska 37 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-10 (obowiązuje od 2020-11-09) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-15 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 32 70 101; infolinia dla pacjentów 45 95 95 454 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000977893 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 32 70 368 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | | | 5 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|--|
| telefon/ telefony | 661 924 254 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | X | | | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | X | | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | DaVita sp. z o.o | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-202 / Legnicka 48 budynek f | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609-543-321 601-082-146 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | Stacja Dializ | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC/ 59-700 / Jeleniogórska 4 | | X | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 609-543-321 601-082-146 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-17 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 571 306 316 lub 571 306 370 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294190 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | III POZIOM W ZAKRESIE: - PSYCHIATRIA DLA DOROSŁYCH | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | X | | | | | | | | III | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (71) 773 14 04 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 932207142 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu (5 ambulsów) | 5 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (71) 773 14 04, (71)773 14 05 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | są 3 ambulanse dnia 2020-10-27 dodano 1 ambulans dnia 2020-11-02 dodano 1 ambulans | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Mobilny Zespół Wymazowy (3) | | | | | | | | M |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 502 700 252 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | od 2020-10-21 - 1 zespół, 2020-10-30 dodano do wykazu - 2 zespoły (obowiązuje od 2020-11-01) od 2020-11-16 dodano 1 zespół od 2020-12-01 dodano 1 zespół | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych/58-300/ Chrobrego 39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 999/112 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890213577 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu (1 ambulans) | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych/58-300/ Chrobrego 39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Legnicy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica/59-220/Dworcowa 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 999/112 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390760941 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Legnicy (1 ambulans) | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin/59-300/Bema 5b | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-570/Cieplicka 126a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 999/112 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001082454 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze (1 ambulans) | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-570/Cieplicka 126a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 660 130, 261 660 222, 261 660 696 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 930090240 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 660 130, 261 660 222, 261 660 696 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| zakres: | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH: 1. CHOROBY WEWNĘTRZNE, 2. KARDIOLOGIA, 3. CHIRURGIA KŁATKI PIERSIOWEJ, 4. UROLOGIA, 5. CHIRURGIA OGÓLNA, 6. ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU, 7. NEUROCHIRURGIA, 8. NEUROLOGIA, 9. NEUROLOGIA - UDARY MÓZGU, 10. KARDIOCHIRURGIA, 11. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA, 12. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II, 13. CHIRURGIA NACZYNIOWA, 14. PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA, 15. INTENSYWNY NADZÓR KARDIOLOGICZNY, 16. DIALIZOTERAPIA - DLA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W WW. ZAKRESACH. | | | | | | | | X | III |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5 | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-13 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izolatorium - 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDROJU | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LADEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8 | | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-23 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-11 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCLAWIU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 79-84-630 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 930856126 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć z Pomocą Doraźną i Ratownictwem Medycznym | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 71 79-84-630 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 71 79-84-660 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH: - CHIRURGIA OGÓLNA, - ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | X | | | | | | | III |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-23 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCZYNY RATUNKOWEJ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 306 44 19 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 006320384 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 71 306 43 04 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 71 306 41 77 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-01 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 37 74 100 oraz wew. do sekretariatu 101. | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 931082610 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Centralna Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | IP oddziału chorób wewnętrznych i geriatry 71 37 74 205, kom. 883 372 778 IP oddziału ginekologiczno – położniczego 71 37 74 143, kom. 883 372 769 IP oddziału pediatryczno- reumatologicznego 71 37 74 100, kom. 667 977 745, 535 372 744 | | | | | | | X | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od poniedziałku do piątku: 667 977 733 sobota i niedziela: 667 977 760 | | | | | | | | S |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-17 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań (dla samochodów) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 977 733 | | | | | | | | S |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH: - POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA, - NEONATOLOGIA | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-11-30) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 717831375, 601581550 od 7.30-15.05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 932717392 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 78 313 71 od 7.00 - 15.00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wroclaw / 54-144 / Pilczycka 144/148 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 661 300 321, 600 080 811 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE / 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 641 34 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wroclaw / 54-144 / Pilczycka 144/148 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-10-22 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH Ząbkowice/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 | | X | | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-23 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH Ząbkowice/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-13 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-09 | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROŚB SERCA MEDINET NZOZ | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | do godz. 15 71 32 09 450 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390775606 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 32 09 438 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | X | | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Bogatyni | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 7739321 -od poniedziałku do piątku w godzinach od 7-15 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 230021923 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 77 39 324 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Szpitalna 16 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 500 451 697 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-08 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 (obowiązuje od 2020-11-06) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 81 11 577 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000312604 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 74 8111577 607 798 559 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-30 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (1 ambulans) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-10 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 831 33 33; 74 831 51 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020680960 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 74 834 41 10 74 834 41 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 74 834 41 82 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 837 32 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308784 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 76 837 33 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 76 837 33 48 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-13 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 870 31 14 wew. 1; 76 870 21 65 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020303831 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 8703014 wew 1 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-12 (obowiązuje od 2020-11-10) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 573 256 795 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-30 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-12 (obowiązuje od 2020-11-10) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃIA GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 753 72 01 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000293640 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃIA GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 753 7118; 75 753 7119; 75 753 7115 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | | | | | | | 5 | |
| telefon/ telefony | 75 75 37 409 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 74 49 036 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231180960 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 757449273 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | | | | | | | 5 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 797906783, 757449233 czynny w godzinach 8:00-13:00 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-22 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY (1 ambulans) | 1 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-10 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | w godz. od 7:15 do 14:50 - nr telefonu kontaktowego 75 645 97 10 od poniedziałku do piątku, w godz. od 14:50 do 7:15 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni świąteczne - nr telefonu kontaktowego 76 645 96 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231139207 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 756459686 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 (obowiązuje od 2020-11-06) | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------|------------|
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-31 |
|---------------------------|------------|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 865 12 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000316418 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjść | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 856 12 38, kom. 609716189 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjść | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Ruda / 57-400 / Szpitalna 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 872 40 04 wew.15 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 697 773 340 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-05-13 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 641 57 15 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231189560 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 641 57 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-02 (obowiązuje od 2020-10-28) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 721 39 20 wew. 300 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231190020 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 721 39 20 wew. 300 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 757 253 166 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 84 01 500 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021537784 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 768401578 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 782 01 04 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020832110 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjść | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Kościelna 21 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 75 782 01 30 ; 75 782 01 42 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | | | | | | | | 5 |
| telefon/ telefony | 75 782 01 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 797-307-841 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021370427 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797-307-820 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | | | | | | | | 5 |
| telefon/ telefony | 797 307 822 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Izolatorium Milickie Centrum Medyczne Sp. z o. o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-08 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-22 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | POWIATOWY ZESPÓŁ SZPITALI | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 77 67 300; 71 77 67 412 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 932966540 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 77-67-302 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 71 7767300 71 7767412 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 071/301 13 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306816 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 3011347; 71 3011335 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | | | | | | | 5 | |
| telefon/ telefony | 71 31 13 99 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 86 21 162 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020493961 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 86 21 162 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | X | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 74 66 34 397 571 324 797 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-01 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-04 (obowiązuje od 2020-11-05) | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | "Strzelińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | w godzinach od 7.30 do 15.05 - 661 445 659 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020608708 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 32 64 842 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-06 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 661 445 659 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-10-14 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-04 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wroclawska 46 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-20 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-04 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | w godzinach od 7.00 do 14.35 - 74 851 74 00; 74 851 71 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311674 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 851 71 96 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 64 19 119; 74 64 19 290 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 891508607 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 746419301 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | X | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-11-15 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-18 (obowiązuje od dnia 16.11.2020) | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 312 09 20 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308761 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 312 09 20 wew. 118 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 694 218 267 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-01 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-13 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | X | | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | X | | | | | | | II | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-20 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM.A.WOLAŃCZYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | do godziny 15.30- 76 87 79 574 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360936346 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 768779635 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 87 79 635 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-24 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rościszów / 58-250 / 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 836-97-11 wew. 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH w LUBIĄŻU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 713 897 113 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294800 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 3897113 wew. 204 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 776 62 12 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021184819 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 776 62 40; 519 617 500 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-03 | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | |
|---------------------------|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 606 127 173 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001016173 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | do godziny 13 -76 877 93 34; po godzinie 13 do lekarza dyżurującego 76 87 793 21 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | "DENTAL SALON" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-130 / Horbaczewskiego 53A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 518 739 502 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 21223011 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | DENTAL SALON Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-130 / Horbaczewskiego 53A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 518 739 502 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z. O.O. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-300 / Bolesława Chrobrego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 664 30 87 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 21322339 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z. O.O. | | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-300 / Bolesława Chrobrego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 513 869 721, 513 870 184 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-300 KLÓDZKO KUSOCIŃSKIEGO 3A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 640 44 44 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 891064033 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SALUS CENTRUM MEDYCZNE oddział główny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-300 KŁODZKO KUSOCIŃSKIEGO 3A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 74 640 44 44- porady lekarskie; 733 609 232- porady pielęgniarские | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|

| | |
|---|--|
| nazwa: | MIĘDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W LUBINIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 66 |
| telefon/ telefony: | 76/8460-300, 76/8460-110 |
| identyfikator REGON | 390360673 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Przychodnia w Lubinie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 665364478 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 8460285 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-27 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|

| | |
|---|---|
| nazwa: | NZOZ Przychodnia Stomatologiczna "DORODENT" S.C. Dorota Jagiełło i Anna Hutnik-Rzeźnicka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów/ 67-200/Wojska Polskiego 9 |
| telefon/ telefony: | 76 835-82-66; 604 591 627 |
| identyfikator REGON | 391077235 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Przychodnia Stomatologiczna "DORODENT" S.C. | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów/ 67-200/Wojska Polskiego 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 835-82-66; 604 591 627 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA OGÓLNA Tsarakhov Oleg | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608101521/757341441 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231068714 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PRZYCHODNIA OGÓLNA Tsarakhov Oleg | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 608101521 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WSCHOWA / 67-400 / ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320 233 950 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA / 56-200 / Szkolna 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 897 632 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-23 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA / 00-739 / Stępińska 22/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 008105218 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-148 / Biskupia 8a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 307 95 38 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-15 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|------------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-381 / Nauczycielska 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 713 210 372 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-19 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-17 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW / 31-864 / prof. Michała Życzkowskiego 16 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-507 / Ziębicka 34-38 (teren Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 663-687-659 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Mickiewicza 20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500 868 966 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-16 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE / 57-200 / ul. Krzywa 12 PLANTY ZAMKOWE | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500-871-243 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-19 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW/ 51-612 / Aleja Ignacego Jana Paderewskiego 35 Stadion Olimpijski | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693-941-037 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-29 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-21 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Fresenius Nephrocare Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań/ 60-118/ Krzywa 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 839-26-58 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 634254014 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Ośrodek Dializ nr 57 we Wrocławiu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 51-149/ Koszarowa 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 885-888-962 | | X | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-19 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-17 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Cieplice Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością GRUPA PGU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / ks. Piotra Ściegiennego 9"b" | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 502 656 139 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 230827744 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie Łalka | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / Park Zdrojowy 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-04 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-11-19 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Łądek-Długopole Spółka Akcyjna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Wolności 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 814 63 85, 660 679 544 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288283 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie "Jan" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Paderewskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-04 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-15 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Szczawno-Jedlina Spółka Akcyjna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Wojska Polskiego 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 84 93 148, 572 729 847 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288308 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Sanatorium Uzdrawiskowe "Pionier" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Potockiego 4 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-04 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowiska Kłodzkie Spółka Akcyjna GRUPA PGU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Zdrojowa 39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 887 846 180, 887 846 181 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288337 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpital Uzdrawiskowy Nr 1 Pawilon KORAB | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 5 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-13 (obowiązuje od 2020-11-06) | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-11 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrawiskowe SZAROTKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-13 (obowiązuje od 2020-11-06) | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-16 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | TRIAGE Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-033 / Zwycięska 35/20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 535 211 112 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363345829 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | TRIAGE Sp. z o. o. (2 ambulanse) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-110 / Grabiszyńska 35 / 2 piętro sale 207, 208, 206, 204 (Przychodnia MSWiA) | 2 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-10 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-31 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Falck Medycyna Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA / 01-102 / Jana Olbrachta 94 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 00 46 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015755741 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Falck Medycyna Sp. z o. o. (1 ambulans) | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-128 / Poświęcka 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-12 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-31 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Trzebnicka 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 781 027 474 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 368234419 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o. o. (2 ambulanse) | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-156 / Stargardzka 8a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-12 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-31 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | VRATISLAVIA MEDICA Sp. z o. o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-134 / Lekarska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021393776 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-134 / Lekarska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-12 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-11-19 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | NZOZ Sal-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG DOLNY / 56-120 / Aleje Jerozolimskie 28/301 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 535 031 031 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021892717 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | NZOZ Sal-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o. o. (2 ambulanse) | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Starojaworska 29b | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-16 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-31 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | SZPITAL TYMCZASOWY | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|--------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokołowskiego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890047446 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM - Oddział chorób wewnętrznych | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-300 / Stefana Batorego 4 | | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | SZPITAL TYMCZASOWY | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|---|--------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 81 17 200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890053731 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Izolatorium - 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 609 444 787 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-25 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

27.01.2021

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

DYREKTOR
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Łukasz Sendecki
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda
Jarosław Obremski
Wojewoda Dolnośląski
/dokument podpisany elektronicznie/