

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 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH: - NEONATOLOGIA, - GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213 | | X | | | | | | | III |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| 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 Przyjęć | | | | | | | 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 Sokółowskiego 4 | | | | | | | | | S |
| 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 Sokółowskiego 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 Sokółowskiego 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 ambulans) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | 1 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | | | | | | | X | |
| 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 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| telefon/ telefony: | 76 72-11-000 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390999441 | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | X | | | |
| 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 | 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 | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | dorażne 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 | dorażne 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 / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | | | | | | | X | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|----|
| 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 | | | | | | | | | | | S |
| 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 | 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 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 / 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 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | | | |
| 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: | 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |

| 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 / 53-413 / Ludwika Hirszfelda 12 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| 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 ambulansów) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (71) 773 14 04, (71)773 14 05 | 5 | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | M | |
| 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) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych/58-300/ Chrobrego 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | 1 | | | | | | | | |
| 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 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|-----|
| 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: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | | | | | | | | | 5 |
| 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 | 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 / 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 | 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 / 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 | dorażne 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | 2021-01-31 (wykreślenie zakresu ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU) | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYN 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 | dorażne 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| 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: | 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 | 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 | 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 | 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 | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | 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 | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | X | | | | | | | II |
| 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 | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | | |
| 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) | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | I |
| 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 | | | | | | | II |
| 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 | JELEŃ 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 75 753 7118; 75 753 7119; 75753 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 Przyjść | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | | | S |
| 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 | 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 | 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 | doraźne 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 | 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 | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | | | | | | | | | X |
| 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 | 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 / 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 | 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 | 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 Przyjęć | | | | | | | 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 Przyjęć | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | | | | | | | | S |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | 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 | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | X | | | | | | | II |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | | X | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | 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 | 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 | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | | | | | | | | |
| 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 Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Kościelna 21 | | | | | | | | | |
| 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: | Milicje 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 | | | | | | | 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 | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | X | | | | | | | II |
| 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 | | | | | | | | S | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | | | | | | X | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 66 34 397 571 324 797 | | | | | | | | | | | 5 |
| 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: | "Strzebińskie 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 / Wroclawska 46 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | | | | | | | | | |
| 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 | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 694 218 267 | | | | | | | | | | | 5 |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 88 77 100-101 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890047179 | | | | | | | | | |
| 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 | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 74 88 77 165 | | | | | | | | | |
| 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 | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 380 58 01 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020749596 | | | | | | | | | |
| 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 | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 071 380 58 02 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg Dolny / 56-120 / Aleje Jerozolimskie 26 | | | | | | | X | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|----|
| telefon/ telefony | 071 380 53 23 , 607 727 363 | | | | | | | | | | | |
| 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 | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 71 31 99 919 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | X | | | |
| 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 | 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 | 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 | 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 | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | | | | S |
| 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 | | X | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Medyczne Karpacz Spółka Akcyjna | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | w godz. 7:30 – 15:00; tel. 883 358 121 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231093020 | | | | | | | | | |
| 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 | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 883 358 135; 883 358 138 | | | | | | | | | |
| 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 | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-09-15 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii IZER-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 75 47 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 231035778 | | | | | | | | | |
| 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 | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 75 47 100 | | | | | | | | | |
| 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 | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| 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: | 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 Złotoryi | | | | | | | | | | | |
| 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 | dorażne 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 | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9 | | | | | | | | X | | | |
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | DENTAL SALON Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-130 / Horbaczewskiego 53A | | | | | X | | | | | | |
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z. O.O. | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-300 / Bolesława Chrobrego 2 | | | | | X | | | | | | |
| 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 KŁODZKO 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 | | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-300 KŁODZKO KUSOCIŃSKIEGO 3A | | | | | | | | | |
| 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: | MIEDZIOWE 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 | | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 | | X | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 | | X | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | | 5 |
| 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 | | | | | | | | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKOWICE ŚLAŃSKIE / 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 | | | | | | | | |

| 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 Uzdrowskowie "Pionier" | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Potockiego 4 | | | | | | | | | |
| 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 Uzdrowski Nr 1 Pawilon KORAB | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 5 | | | | | | | | | |
| 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 Uzdrowskowie 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) | 2 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-110 / Grabiszyńska 35 / 2 piętro sale 207, 208, 206, 204 (Przychodnia MSWiA) | | | | | | | | | |
| 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 | WROCLAW / 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 Sokolowskiego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 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 | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-300 / Stefana Batorego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | 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 | ŁADEK-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 | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁADEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 609 444 787 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-25 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

03.02.2021

* 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/