

| Identyfikator REGON                              |  | 560936346                     |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania |                                   |
|--|--|-------------------------------|--|------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>          |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    | X                                   |                |                                   |
| nazwa:   |  | Iba Przychodnia               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Huzar 11 |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| telefon/ telefony                                |  | 760779635                     |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data dodania do wykazu                           |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                        |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>          |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                | Podmiot zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   |  | I POCZOM                      |  |                        | X   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Huzar 11 |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| telefon/ telefony                                |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data dodania do wykazu                           |  | 2020-09-15                    |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                        |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>          |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     | 5              |                                   |
| nazwa:   |  | Punkt Pobrat                  |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Huzar 11 |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| telefon/ telefony                                |  | 76 07 79 635                  |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data dodania do wykazu                           |  | 2020-09-24                    |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                        |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>          |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                | Podmiot zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   |  | I POCZOM                      |  |                        | X   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Huzar 11 |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| telefon/ telefony                                |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data dodania do wykazu                           |  | 2020-11-05                    |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                        |  |                               |  |                        |   |             |            |   |                                    |                                     |                |                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4B      |  | 560936346                               |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |  |  |  |  |   |  | Podmiot 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                              |  | 233091020                               |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>          |  |   |  |                                |   |  |  |  |  | X |  |                                   |
| nazwa:   |  | Iba Przychodnia                         |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13         |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| telefon/ telefony                                |  | 883 358 125; 883 358 130                |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| Data dodania do wykazu                           |  |   |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                        |  |   |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>          |  |   |  |                                |   |  |  |  |  |   |  | Podmiot zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   |  | I POCZOM                                |  |                                | X |  |  |  |  |   |  |                                   |
| 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                        |  |   |  |                                |   |  |  |  |  |   |  |                                   |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

*Eduard Sendecki*

*Bogusław Szpytma*

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |   |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Icarisio Centrum Pulmonologii i Chemioterapii IZEB-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZKLAŃSKA 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 | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobran |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |   |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZKLAŃSKA 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 | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobran | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM   |                                | X   |             |            |   |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZKLAŃSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |   |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7-15- 75 845 82 40                              |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 89032240   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobran |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |   |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rafiszów / 58-250 / 11   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 836-97-11 wew. 31   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobran | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM   |                                | X   |             |            |   |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHOROBYCH w LUBIĄŻU |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1                                |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 713 897 113  |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000291800  |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Bogusław Szpytma

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Marszałkowskiego Funduszu Zdrowia

Lukasz Sendecki

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
|--|------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>nazwa:</b> Izba Przyjęć<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Lubińsk 100/Adama Mickiewicza 1<br><b>telefon/ telefony:</b> 71 3897113 www. 204<br><b>Data dostania do wykazu:</b><br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b> |                        |   |             |            |   |                                    | X                                   |                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | rodzaj realizowanych świadczeń | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
|---|--------------------------------|----------------------------------|

|  |
|--|
| <b>nazwa:</b> Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> WROCLAW / 50-720 / Józefa Conrada - Korzeniowskiego 18<br><b>telefon/ telefony:</b> 71 776 62 12<br><b>identyfikator REGON:</b> 021184819 |
|--|

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
|---|------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>nazwa:</b> Izba Przyjęć<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> WROCLAW / 50-220 / Józefa Conrada - Korzeniowskiego 18<br><b>telefon/ telefony:</b> 71 776 62 00; 519 617 500<br><b>Data dostania do wykazu:</b><br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b> |                        |   |             |            |   |                                    | X                                   |                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|
| <b>nazwa:</b> I PDECOM<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> WROCLAW / 50-776 / Józefa Conrada - Korzeniowskiego 18<br><b>telefon/ telefony:</b><br><b>Data dostania do wykazu:</b> 2020-12-01<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b> |                        | X   |             |            |   |                                    |                                     |                | 1                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | rodzaj realizowanych świadczeń | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
|---|--------------------------------|----------------------------------|

|  |
|--|
| <b>nazwa:</b> Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotowie<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> ZLOTOWYJA / 59-500 / Szpitalna 9<br><b>telefon/ telefony:</b> 606 127 173<br><b>identyfikator REGON:</b> 001016179 |
|--|

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
|--|------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>nazwa:</b> Izba Przyjęć<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> ZLOTOWYJA / 59-500 / Szpitalna 9<br><b>telefon/ telefony:</b> do godziny 13-76 877 43 84; po godzinie 13 do 18 czasu rzeczywistego 76 877 391 21<br><b>Data dostania do wykazu:</b><br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b> |                        |   |             |            |   |                                    | X                                   |                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | rodzaj realizowanych świadczeń | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
|---|--------------------------------|----------------------------------|

|  |
|--|
| <b>nazwa:</b> "DENTAL SMOLIN" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> WROCLAW / 54-130 / Bolesława Prusa 53A<br><b>telefon/ telefony:</b> 518 739 302 |
|--|

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
 II WICEWOJEWODĄ DOLNOŚLĄSKĄ  
 DYREKTOR  
 Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
 Narodowego Funduszu Zdrowia

Bogusław Szpytma

Eukasz Sendeki

|   |  |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|----------------|
| Identyfikator REGON                               | 21223011   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolator/um | teleporada | dotarcie świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelotowego | punkt pobrania |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |
| nazwa:  | DENTAL SALON Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 54-130 / Harbargzewskiego 53A              |                        |   |             |            | X                                    |                                    |  |                |
| telefon/ telefony                                 | 518 739 502  |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                      |                                    |  |                |

|   |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                      |                                    |  | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z O.O.    |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-309 / Bolesława Chrobrego 2 |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 664 30 87                               |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Identyfikator REGON                               | 21323339                                   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolator/um | teleporada | dotarcie świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelotowego | punkt pobrania                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z O.O.    |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-309 / Bolesława Chrobrego 2 |                                |   |             |            | X                                    |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 518 869 721, 513 870 104                   |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |

|   |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                      |                                    |  | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.                                  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-300 KŁODZKO KUSOCZYŃSKIEGO 3A                                   |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 640 44 44   |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Identyfikator REGON                               | 891066039  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolator/um | teleporada | dotarcie świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelotowego | punkt pobrania                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| nazwa:  | SALUS CENTRUM MEDYCZNE oddział główny                              |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-300 KŁODZKO KUSOCZYŃSKIEGO 3A                                   |                                |   |             |            | X                                    |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 640 44 44- porady lekarskie; 733 099 232- porady pielęgniarstwa |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |

|   |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                      |                                    |  | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | MEDICOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W LUBINIE      |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-501 / Mała Świdowskiej - Curie 66 |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 8440 300, 76 8440 110                     |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Identyfikator REGON                               | 390360673                                    | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolator/um | teleporada | dotarcie świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelotowego | punkt pobrania                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| nazwa:  | Przychodnia w Lubinie                        |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-501 / Mała Świdowskiej - Curie 5A |                                |   |             |            | X                                    |                                    |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 665364478                                    |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                      |                                    |  |                                  |

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

*Bogusław Szpytma*

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Łukasz Sendecki*

| Miejsce udzielenia świadczeń 2 *   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotrąte świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobran | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: Iba Pryjcy<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu LUBIN / 59-301 / Mała Świdowska/ Curie 54-60<br>telefon/ telefony 76 8460285<br>Data dodania do wykazu<br>Data wykreślenia z wykazu |                        |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| nazwa: I POZIOM<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu LUBIN / 59-301 / Mała Świdowska/ Curie 54-60<br>telefon/ telefony<br>Data dodania do wykazu 2020-10-27<br>Data wykreślenia z wykazu   |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| nazwa: II POZIOM<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu LUBIN / 59-301 / Mała Świdowska/ Curie 54-60<br>telefon/ telefony<br>Data dodania do wykazu 2020-10-27<br>Data wykreślenia z wykazu  |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |   |  |  | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---|--|--|----------------------------------|
| nazwa: NZOZ Przychodnia Stomatologiczna "BORODENI" S.C.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Głogów/ 67-200/Wolska Polskiego 9<br>telefon/ telefony 76 831-42-66, 601 591 627<br>identyfikator REGON 391077235                  |                                |  |  |  |   |  |  |                                  |
| nazwa: Przychodnia Stomatologiczna "BORODENI" S.C.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Głogów/ 67-200/Wolska Polskiego 9<br>telefon/ telefony 76 831-42-66, 601 591 627<br>Data dodania do wykazu<br>Data wykreślenia z wykazu |                                |  |  |  | X |  |  |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |   |  |  |  | Postać zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|--|--|---|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: PRZYCHODNIA OGÓLNA Tarskówek Oleg<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec<br>telefon/ telefony 608101521/757341441<br>identyfikator REGON 231068714             |                                |  |  |   |  |  |  |                                  |
| nazwa: PRZYCHODNIA OGÓLNA Tarskówek Oleg<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu UL. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec<br>telefon/ telefony 608101521<br>Data dodania do wykazu<br>Data wykreślenia z wykazu |                                |  |  | X |  |  |  |                                  |

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
 II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI  
 DYREKTOR  
 Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
 Narodowego Funduszu Zdrowia  
 Łukasz Sendecki

Bogusław Szpytma

| 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 / k. Kościelna 33                               |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 320 233 050  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania                   |
| nazwa:  | Punkt Pobrania   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     | 5                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA / 56-700 / 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:  | ALNO LABORATORIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA / 00-739 / Siękwińska 72/3B                     |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 008105218  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania                   |
| nazwa:  | Punkt Pobrania   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     | 5                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-348 / Długa 8a                              |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 387 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 | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania                   |
| nazwa:  | Punkt Pobrania   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     | 5                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-381 / Najświęcielska 2                      |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 310 372   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-19   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |   |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SHLEBIŃSTKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW / 31-804 / prof. Michała Życzewskiego 10                           |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 350306975   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania                   |
| nazwa:  | Punkt Pobrania  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     | 5                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-587 / Eglicka 34-3B (teren Pogotowia Ratunkowego wrocławski) |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663-607-659   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16  |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |   |                                    |                                     |                                  |

Ż up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Bogusław Szpytma*

*Łukasz Sendeczki*

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotrąta świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania |
|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>nazwa:</b> Punkt Pobrań<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> STUZELIM / 57-100 / Miskowicza 20<br><b>telefon/ telefony</b> 500 868 905<br><b>Data dodania do wykazu</b> 2020-10-16<br><b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | 5              |
| <b>nazwa:</b> Punkt Pobrań<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> ZARZEWICE ŚLĄSKIE / 57-200 / ul. Kisywa 12 PLANIY ZAMKOWE<br><b>telefon/ telefony</b> 560 871-243<br><b>Data dodania do wykazu</b> 2020-10-19<br><b>Data wykreślenia z wykazu</b>                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | 5              |
| <b>nazwa:</b> Punkt Pobrań<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> WROCLAW / 51-612 / Meja Ignacego Jana Padziwskiego 35 Stadion Olimpijski<br><b>telefon/ telefony</b> 693-941-037<br><b>Data dodania do wykazu</b> 2020-10-20<br><b>Data wykreślenia z wykazu</b> |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | 5              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63  | rodzaj realizowanych świadczeń | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>nazwa:</b> Fresenius Nephrocare Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> Poznań / 60-118 / Krzywa 13<br><b>telefon/ telefony:</b> 61 839 26 58<br><b>identyfikator REGON</b> 63425014         |                                |                                  |
| <b>nazwa:</b> Ośrodek Dializ nr 57 we Wrocławiu<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> Wrocław / 51-149 / Koszarowa 5<br><b>telefon/ telefony</b> 885 898 662<br><b>Data dodania do wykazu</b> 2020-10-19<br><b>Data wykreślenia z wykazu</b> |                                |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64   | rodzaj realizowanych świadczeń | poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>nazwa:</b> Uzdrowisko Ciąplca Sudka z ograniczoną odpowiedzialnością 45BUJA PGU<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b> telonia Góta / 50-560 / ul. Piotra Śmigajewskiego 9'6'<br><b>telefon/ telefony</b> 502 636 139<br><b>identyfikator REGON</b> 230827744 |                                |                                  |
| <b>nazwa:</b><br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b><br><b>telefon/ telefony</b><br><b>Data dodania do wykazu</b><br><b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |                                |                                  |

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEJ  
 II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSK  
 Bogusław Szpyłma

DYREKTOR  
 Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
 Narodowego Funduszu Zdrowia  
 Eukasz Sendecki

|   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskie Łaska           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łaska Góra / 58-560 / Park Zdrojowy 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-04                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-11-19                            |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                     | <b>poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Uzdrowskie Łódź-Dąbopole Spółka Akcyjna |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łódź-Zdrój / 57-540 / Wolności 4        |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 74 814 63 85, 669 679 544               |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000288200                               |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania                          |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowskie "Jan"             |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łódź-Zdrój / 57-540 / Podzwanińskiego 7 |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-01                              |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2020-12-15                              |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |

|  |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                     | <b>poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Uzdrowskie Szczepno-Iedlina Spółka Akcyjna   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczepno-Zdrój / 58-310 / Wojska Polskiego 6 |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 74 84 93 149, 572 729 847                    |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000288205                                    |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania                          |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowskie "Pionier"              |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczepno-Zdrój / 58-310 / Pocztyńskiego 1    |                                       |   | X           |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-01                                   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |

|  |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                     | <b>poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Uzdrowskie Kłodzkie Spółka Akcyjna GRUPA PGU |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polanica-Zdrój / 57-320 / Zdrojowa 39        |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 227 846 180, 887 846 183                     |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000288337                                    |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania                          |
| nazwa:   | Szpital Uzdrowski Nr 1 Pevden KORAB          |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 5        |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                  |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-13 (zawieszony od 2020-11-06)        |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrania                          |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowskie SZAROTKA               |                                       |   |             |            |   |                                    |                                     |   |

DYREKTOR  
 Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
 Narodowego Funduszu Zdrowia  
 Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
 II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSK  
 Bogusław Szpytma  
 Eukasz Sendecki



|   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Połanica-7dłóg / 57-320 / Kryniczna 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-13 (obowiązuje od 2020-11-06) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                   |                | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | TRIAGE Sp. z o.o.   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 53-033 / Zwycięstwa 35/20   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 535 233 112   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| identyfikator REGON                                | 361315329   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelęg | punkt pobrania |   |
| nazwa:   | TRIAGE Sp. z o.o. 12 ambulansów   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 53-110 / Grabiszyńska 35 / 2 piętro sale 207, 208, 206, 209 (Przychodnia MSYDA) | 2                                     |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 999/112   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-10  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |

|  |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                   |                | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Iskrek Medycyna Sp. z o.o.              |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WAHSAWA / 01-102 / Jana Obuchowicza 99  |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 77 403 00 46                            |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| identyfikator REGON                                | 015755701                               |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelęg | punkt pobrania |   |
| nazwa:   | Iskrek Medycyna Sp. z o.o. (1 ambulans) |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 51-120 / Poświęcena 8         | 1                                     |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 999/112                                 |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-12                              |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |

|  |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |   |                                    |                                   |                | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o.o.               |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 50-350 / Trzebnicka 35                |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 71 027 424                                      |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| identyfikator REGON                                | 360244410                                       |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotychczasowe świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przelęg | punkt pobrania |   |
| nazwa:   | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o.o. (2 ambulansy) |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 54-156 / Starogardzka 6a              | 2                                     |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| telefon/ telefony                                  | 999/112   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-11-13                                      |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |   |             |            |   |                                    |                                   |                |   |

|  |                                |                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |                                | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | VIATRAVIA MEDICA Sp. z o.o.    |                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 51-130 / Łobzowska 1 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |
| telefon/ telefony                                  |                                |                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |
| identyfikator REGON                                | 021393776                      |                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSK.

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Bogusław Szpytka*

*Eduard Sendecki*

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotatne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: II POZIOM<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WROCŁAW / 51-134 / Lekarska 1<br>telefon/ telefony:<br>data dodania do wykazu: 2020-11-12<br>data wykreślenia z wykazu: 2020-11-19 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: NZOZ 541-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o.o.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu DĄBEG DOLNY / 56-120 / Nieje Jeruzolimskie 28/301<br>telefon/ telefony: 515 031 031<br>identyfikator REGON: 021892717                                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotatne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: NZOZ 541-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o.o. (z ambulansem)<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu JAWOŁI / 59-400 / Starajawońska 25b<br>telefon/ telefony: 998/112<br>data dodania do wykazu: 2020-11-16<br>data wykreślenia z wykazu: | 2                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: Szpital Tymczasowy<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WĄSARZCZE / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4<br>telefon/ telefony:<br>identyfikator REGON: 890017446   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dotatne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu przebiegu | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: II POZIOM - Oddział chorób wewnętrznych<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WĄSARZCZE / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4<br>telefon/ telefony:<br>data dodania do wykazu: 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01)<br>data wykreślenia z wykazu: |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |

15.12.2020

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

IM, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wydajdowy (IM), czy stacjonarny (S)

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
II WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

*Bogusław Szpytma*

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Łukasz Sendecki*