

Na podstawie zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.)  
Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie ogłasza obowiązujący od 01.04.2023 r.

## Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

### Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (1)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY                                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 91                                      |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 146703621   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 851643503   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital   | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ Krakowska 91  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 146703621   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 1   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Cmentarna 54                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 146827801   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 5   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Szkolna 4   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 146827813   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Medycyny Pracy   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 91                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 146808228   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (2)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | "CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Ignacego Paderewskiego 5                          |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 172240100   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 180405906   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpitalna Opieka Stacjonarna  | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ Paderewskiego 5                                       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 172240183   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Paderewskiego 5                                   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 172240183   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. | <b>-</b>                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/37-100/ul. 3-go Maja 12  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 0 17 27 78 903  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 21.04.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIÓ W PRZEMYŚLU                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/ 37-700/ ul. Monte Cassino 18                                |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 67 75 000  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 000314684   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Lecznictwo Stacjonarne i Całodobowe - Szpital                         | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/ 37-700/ ul. Monte Cassino 18 6                              |                              |  |
| telefon/ telefony   | 16 67 75 000  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 08.03.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU          | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemyśl/ 37-700/ ul. Sportowa 6                         |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 166751136  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - Hala sportowa Medyka      | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Medyka/ 37-732/ Medyka 293                               |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 736 05 00   |                       | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 21.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 02.08.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - budynek dawnego gimnazjum | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemyśl/37-700/ul. Ratuszowa 1                          |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 736 05 00   |                       | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 21.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (4)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespól Opieki Zdrowotnej w Sanoku                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. 800-lecia 26  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 46 56 100   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 370444345  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital SPZOZ w Sanoku   | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. 800-lecia 26  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 13 46 56 100   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. 800-lecia 26  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 13 465 61 07   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - Samodzielny Publiczny Zespól Opieki Zdrowotnej w Sanoku | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/38-500/ul. 800-lecia 26  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 13 465 61 07   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 23.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (5)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W RZESZOWIE | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 17 85 32 770   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690028840  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie  | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-111/ Krakowska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 178643312  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 178643312  |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SZPITAL TYMCZASOWY-COVID   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 733337691  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 28.03.2022   |

|   |                                 |                              |                                |
|---|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (6)</b> |                                 |                              |                                |
| nazwa:  | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ        | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 70 |                              |                                |
| telefon/ telefony:  | 16 62 15 421                    |                              |                                |
| identyfikator REGON   | 000304496                       |                              |                                |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Opieki Medycznej Leczenie Szpitalne   | <b>W</b>              | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 70   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 722212921   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   | 08.03.2021            |  |
|   |   | 21.06.2021            |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu                                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosław/ 37-500/ ul. Kraszewskiego 17  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 722212921   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - COM Jarosław Zespół Szkół Budowlanych i Ogólnokształcących | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosław/ 37-500/ ul. Paderewskiego 11a   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 785007361   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 19.04.2021   |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (7)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Jaśle                               |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Lwowska 22                                 |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 44 37 503  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 370444486   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Szpitalne Jasło                                       | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Lwowska 22                                 |                           |  |
| telefon/ telefony   | 13 44 37 544, 13 44 37 529                                    |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   | 08.03.2021                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnie Specjalistyczne Szpital Jasło                        | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Fryderyka Chopina 38                       |                           |  |
| telefon/ telefony   | 134437568   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych- SZPITAL SPECJALISTYCZNY W JAŚLE | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/38-200/ul. Fryderyka Chopina 38                         |                           |  |
| telefon/ telefony   | 134437568   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | 22.04.2021   |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (8)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 22                        |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 177800100   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 000308637   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital   | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ Żeromskiego 22                            |                           |  |
| telefon/ telefony   | 177800100   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   | 08.03.2021                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Szpital Mielec                            | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 22                        |                           |  |
| telefon/ telefony   | 177800122   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (9)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 178664000  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 690697529  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Świadczeń Szpitalnych (Szpital Ogólny)                         | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 178664701  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  | 08.03.2021                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna dla Dorosłych                   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  |                           |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 178664701   |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - przy Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 506879543   |                       | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 21.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (10)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-051/ ul. Tadeusza Czackiego 2                                       |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 85 32 560  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000314193   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-241/ Rycerska 4   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 853 25 60  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia POZ Nr 5  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-016/ ul. Klementyny Hoffmanowej 8a                                  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 178535973   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (11)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ ul. Korczyńska 57  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 78 000   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000308620  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 13 43 78 661   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 134378535  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Chorób Zakaźnych  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 134378661  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (12)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszica 4  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 158425351   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000312567   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny   | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ Staszica 4  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 15 84 33 205  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszica 4  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 158433277   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stalowa Wola/37-450/ul. Staszica 4   |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 158433277  |                       | 22.04.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (13)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/ 37-600/ ul. Adama Mickiewicza 168                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 16 63 28 100  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000306667   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SPZOZ Szpital Powiatowy im. Dr. Ludwika Rudygiera           | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/ 37-600/ Adama Mickiewicza 168                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 16 63 28 100  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   | 08.03.2021                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/ 37-600/ ul. Adama Mickiewicza 168                 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 576662038   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (14)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLBUSZOWEJ                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Grunwaldzka 4   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 172271222   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000304504   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital   | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Grunwaldzka 4   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172271222   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   | 08.03.2021                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa Nr 1 i Specjalistyczna w Kolbuszowej                     | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Obronców Pokoju 74 A                                  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 175819967   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GABINET ZABIEGOWY   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NIWISKA/ 36-147/ NIWISKA 431  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172279004   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GABINET ZABIEGOWY   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CMOLAS/ 36-105/ CMOLAS 238B   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172837720   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GABINET ZABIEGOWY   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RANIŻÓW/ 36-130/ ul. WOLSKA 3   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172285006   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Grunwaldzka 4   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 175819967   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 20.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (15)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16                         |                              |                                |
| telefon/ telefony:   | 16 64 91 500  |                              |                                |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 000304510   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU-LECZNICTWO STACJONARNE  | <b>W</b>              | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 166491588   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 166491588   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZARZECZE/ 37-205/ ul. Świętego Jana Pawła II 16                                     |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 166401521   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Kańczucki Ośrodek Sportu i Rekreacji (Hala Sportowa) | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŃCUGA/ 37-220/ ul. Parkowa 10   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 532407778   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.06.2021  |                       |  |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (16)</b> |  |                           |  |
| nazwa:   | NOWE TECHNIKI MEDYCZNE SZPITAL SPECJALISTYCZNY IMIENIA ŚWIĘTEJ RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RUDNA MAŁA/ 36-060/ RUDNA MAŁA 600   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 86 66 700   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 180022507  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień NOWE TECHNIKI MEDYCZNE SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚW. RODZINY SP. Z O.O.                      | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RUDNA MAŁA/ 36-060/ RUDNA MAŁA 600   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 602357631  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (17)</b> |  |                           |  |
| nazwa:   | SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO-FAMILIA TOMASZ ŁOZIŃSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 6B  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 77 35 703   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 180357490  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO-FAMILIA TOMASZ ŁOZIŃSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 6B  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 17 773 57 01   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (18)</b> |   |                           |  |
| nazwa:   | SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOSZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM.KS.B.MARKIEWICZA | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ ul. ks. Józefa Bielawskiego 18   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 134309552   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 000304473   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital   | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 18  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134309552   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 18  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134309552   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (19)</b> |  |  |  |
|--|--|--|--|



|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ ul. Leśna 22                                   |                    |   |
| telefon/ telefony:                                | 17 24 04 900  |                    |   |
| identyfikator REGON                               | 000306650   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | punkt szczepień SPZOZ Leżajsk                                   | W                  | -   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ pl. Mariacki 9                                 |                    |   |
| telefon/ telefony                                 | 172404764   |                    |   |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia specjalistyczna                                     | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ ul. Leśna 22                                   |                    |   |
| telefon/ telefony                                 | 172404764   |                    |   |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - (pomieszczenia byłej Przychodni) | -                  | PSP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/37-300/Plac Mariacki 9                                  |                    |   |
| telefon/ telefony                                 | 172404759 172404764   |                    |   |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                    | 14.03.2022                                  |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (20)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NISKU                              |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nisko/ 37-400/ ul. Tadeusza Kościuszki 1   |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 158412003  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 000306680  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy im. PCK  | W                  | -   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nisko/ 37-400/ Kościuszki 1  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 15 841 67 03   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku                              | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nisko/ 37-400/ ul. Kościuszki 1  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 15 841 67 03   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku | -                  | PSP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nisko/37-400/ul. Kościuszki 1  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 15 841 67 03   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 22.04.2021   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    | 01.12.2022                                  |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (21)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ROPCZYCACH                           |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ropczyce/ 39-100/ ul. Księdza Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54 |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 172218312   |                    |   |
| identyfikator REGON  | 690692118   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Sędziszowie Młp.                            | W                  | -   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sędziszów Młp./ 39-120/ Wyspiańskiego 14                        |                    |   |
| telefon/ telefony  | 17 22 20 092  |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ropczyce/ 39-100/ ul. ks. kard. St. Wyszyńskiego 54             |                    |   |
| telefon/ telefony  | 517365564   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sędziszów Młp./ 39-120/ ul. 3-go Maja 2                         |                    |   |
| telefon/ telefony  | 500564370   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iwierzycy/ 39-124/ Iwierzycy 81                                 |                    |   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 517365634   |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - sala gimnastyczna przy byłej Szkole Podstawowej nr 2                         | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sędziszów Młp./39-120/Rynek 9   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 722025112   |                       | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 04.05.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - Hala widowiskowo-sportowa Zespołu Szkół im. ks. dr Jana Zwierza w Ropczycach | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ropczyce/39-100/ul. Konopnickiej 2  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 722029112   |                       | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 04.05.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (22)</b> |   |                           |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWEJ DĘBIE | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                    |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 158462651   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 000563298   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień Szpital w Nowej Dębce                                 | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. M.C. Skłodowskiej 1A                           |                           |  |
| telefon/ telefony  | 158462651   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWEJ DĘBIE | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. M.C. Skłodowskiej 1A                           |                           |  |
| telefon/ telefony  | 158462651   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczępień Powszechnych - SPZZOZ Nowa Dęba                       | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. M.C. Skłodowskiej 1A                           |                           |  |
| telefon/ telefony  | 604-290-009   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           | 12.05.2021   |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (23)</b> |   |                           |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lesko/ 38-600/ ul. Kazimierza Wielkiego 4   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 46 98 071  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370445072   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Lesku   | <b>W</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lesko/ 38-600/ Kochanowskiego 2   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 13 46 08 220  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku                              | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lesko/ 38-600/ Kazimierza Wielkiego 4   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 508536870   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cisna/ 38-607/ 23   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134686312   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczępień Powszechnych Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lesko/38-600/ul. Kochanowskiego 2   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 508536870   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           | 22.04.2021   |

|  |   |                           |                             |
|--|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (24)</b> |   |                           |                             |
| nazwa:   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Rzeszowie | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 2    |                           |                             |



|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 13 46 98 071  |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 690724114   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Rzeszowie | <b>W</b>              | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 2                    |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 001  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 08.03.2021            |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   | 28.02.2023            |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych                                |                       | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-016/ul. Hoffmanowej 25                           |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 602116109   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 17.05.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 11.03.2022   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (25)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrotowej w Strzyżowie        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzyżów/ 38-100/ ul. Dąbrowskiego 10       |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 27 61 201                                |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370482512                                   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Strzyżowie              | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzyżów/ 38-100/ ul. 700-lecia Strzyżowa 1 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 27 61 107                                |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   | 08.03.2021                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia pielęgniarstwa POZ                 | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 504 133 821                                 |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - ZOZ Strzyżów | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzyżów/38-100/ul. Dąbrowskiego 10         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 537450199                                   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 23.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (26)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANATORIUM" IM. JANA PAWŁA II W GÓRNI                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górno/ 36-051/ ul. Rzeszowska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 77 15 300   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000291747  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Leczniczy Lecznictwa Szpitalnego  | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górno/ 36-051/ Rzeszowska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 771 53 00   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  | 08.03.2021                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Izba przyjęć   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górno/ 36-051/ ul. Rzeszowska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 177715308  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANATORIUM" IM. JANA PAWŁA II W GÓRNI | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górno/ 36-051/ ul. Rzeszowska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 177715308  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 21.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (27)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBREZGU |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Szpitalna 1                                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 158123001   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000312573   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu                                    | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnobrzeg/ 39-400/ Szpitalna 1                                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 15 81 23 001  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   | 08.03.2021                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM.ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBZEGU | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Szpitalna 1                               |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 158123375   |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |

|  |   |                              |  |            |
|--|---|------------------------------|--|------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (28)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |            |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |                              |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 57                         |                              |  |            |
| telefon/ telefony:   | 13 461 10 28; 13 476 91 28  |                              |  |            |
| identyfikator REGON  | 370444598   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Szpital Ogólny  | <b>W</b>                     | -  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ 29 Listopada 57                             |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 13 461 10 258, 13 47 69 128   |                              |  |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | SPZOZ w Ustrzykach Dolnych  | -                            | <b>POP</b>   |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 57                         |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 134769128   |                              | <b>1</b>   |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |            |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - SPZOZ w Ustrzykach Dolnych           | -                            | <b>PSP</b>   |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 57                         |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 663848957   |                              | <b>3</b>   |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 26.04.2021   |            |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |

|  |   |                              |  |            |
|--|---|------------------------------|--|------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (29)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |            |
| nazwa:   | American Heart of Poland Spółka Akcyjna                             |                              |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ustroń/ 43-450/ ul. Sanatoryjna 1                                   |                              |  |            |
| telefon/ telefony:   | 32 76 04 600  |                              |  |            |
| identyfikator REGON  | 072347621   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Rzeszowskie Centrum Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej PAKS IX | <b>W</b>                     | -  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-010/ Jałowego 10  |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 17 780 81 00  |                              |  |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |

|  |   |                              |  |            |
|--|---|------------------------------|--|------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (30)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |            |
| nazwa:   | SANUS SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                          |                              |  |            |
| telefon/ telefony:   | 158421418   |                              |  |            |
| identyfikator REGON  | 181076267   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | SANUS Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. - Leczenie Szpitalne         | <b>P</b>                     | -  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                          |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 15 842 14 18  |                              |  |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   | -                            | <b>POP</b>   |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                          |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 158431417   |                              | <b>1</b>   |            |
| Data dodania do wykazu   |   |                              | 08.03.2021   |            |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |            |

|  |  |                              |  |            |
|--|--|------------------------------|--|------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (31)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |            |
| nazwa:   | Uzdrowisko Rymanów Spółka Akcyjna      |                              |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 48 |                              |  |            |
| telefon/ telefony:   | 13 43 57 401                           |                              |  |            |
| identyfikator REGON  | 000872059                              |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Przychodnia Uzdrowskowa                | <b>P</b>                     | -  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 53 |                              |  |            |
| telefon/ telefony  | 13 43 57 403                           |                              |  |            |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | Przychodnia Uzdrowskowa                | -                            | <b>POP</b>   |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 53 |                              |  |            |

|                           |           |  |            |
|---------------------------|-----------|--|------------|
| telefon/ telefony         | 609091049 |  | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu    |           |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu |           |  |            |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (32)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ASKLEPIOS B.P. SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-309/ ul. Podwisłocze 22A                   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 850 37 10   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 690575743  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Asklepios B.P.   | <b>P</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-309/ Podwisłocze 22A                       |                              |  |
| telefon/ telefony  | 178503710  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital wielospecjalistyczny                           | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-309/ ul. Podwisłocze 22A                   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 178503710  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (33)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 178508005   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363621086   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Centrum Medycznego MEDYK  | <b>P</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-326/ ul. Tadeusza Rejtana 53  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 865 20 00  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | OSP   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wielkie Oczy/ 37-627/ ul. LEŚNA 2   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dom Ludowy  | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZANICA / 38-722/ OLSZANICA 20  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | WIEJSKI DOM LUDOWY  | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | UHERCE MINERALNE/ 38-623/ UHERCE MINERALNE 154                                    |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOM KULTURY W DĘBINIE   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DĘBINA/ 37-100/ DĘBINA 122b   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | OSP Trześń  | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trześń/ 36-147/ Trześń 34   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOM KULTURY LISIE JAMY  | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lisie Jamy/ 37-600/ ul. WSPÓLNA 126   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CM MEDYK PUNKT POBRAŃ W KAŃCZUDZE   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAŃCZUGA/ 37-220/ ul. WĘGIERSKA 2   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 517194743   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GMINNY DOM KULTURY W DYDNI  |                              | <b>POP</b>   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYDNIA/ 36-204/ DYDNIA 84                          | -                     | POP  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 1  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK KULTURY                             |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASICZYN/ 37-741/ KRASICZYN 180                   | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | BYŁY KOMISARIAT POLICJI                            |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERMIN/ 39-304/ CZERMIN 41                        | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            | <b>WYKREŚLENIE MIEJSCA 25.01.2021</b>              | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK KULTURY                             |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BALIGRÓD/ 38-606/ PLAC WOLNOŚCI 11                 | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNY DOM KULTURY                                 |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZARNA GÓRNA/ 38-710/ ul. CZARNA 113               | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM KULTURY                                    |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKOWA/ 37-120/ MARKOWA 1491                      | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Świetlica wiejska                                  |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czelatycze/ 37-562/ Czelatycze 5                   | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOM KULTURY MOKRA                                  |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKRA/ 37-565/ MOKRA 100                           | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM EDUKACJI EKOLOGICZNEJ                      |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIESZANÓW/ 37-611/ ul. SOBIESKIEGO 8               | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ŚWIETLICA WIEJSKA                                  |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DUŃKOWICE/ 37-551/ DUŃKOWICE 122                   | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ŚWIETLICA WIEJSKA                                  |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKOŁOSZÓW/ 37-550/ ul. STRAŻACKA 7                 | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOM KULTURY W TYRAWIE WOŁOSKIEJ                    |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYRAWA WOŁOSKA/ 38-535/ TYRAWA WOŁOSKA 191         | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | budynek OSP  |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STANISZEWSKIE / 36-130/ STANISZEWSKIE 96           | -                     | 1  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ SZKOŁ TEKSTYLNO GOSPODARCZYCH HALA SPORTOWA |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RAKSZAWA/ 37-111/ RAKSZAWA 325                     | -                     | 1  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOM LUDOWY                                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIŻATYCE/ 37-220/ NIŻATYCE 122                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 25</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | BYŁY BUDYNEK ZESPOŁU SZKÓŁ W IWIERZYCACH         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWIERZYCE/ 39-124/ IWIERZYCE 188                 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 26</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DWÓR   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZYWCZA/ 37-754/ KRZYWCZA 104                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 27</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OSP  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wapowce/ 37-700/ Wapowce 5a                      |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 28</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ŚWIETLICA W ROŻUBOWICACH                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŻUBOWICE/ 37-793/ ROŻUBOWICE 90                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 29</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OSP REMIZA STRAŻACKA                             | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UJKOWICE/ 37-714/ UJKOWICE 146D                  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 30</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNE CENTRUM INFORMACYJNE                      | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUŃKOWCE/ 37-700/ KUŃKOWCE 135                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 31</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OSP  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hermanowice/ 37-733/ Hermanowice 34              |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 32</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-959/ ul. Lisa-Kuli 9d                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178539941  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 33</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne MEDYK                           | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-055/ ul. Szopena 1                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178509340  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 34</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Boguchwała/ 36-040/ ul. Przemysłowa 2c           |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178526941  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 35</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Stacja Dializ z Przychodnią Lekarzy Specjalistów | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ ul. Przytorze 8b                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178536669  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 36</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-604/ ul. Łukasiewicza 88             |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178575744  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 37</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy                        | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Partyzantów 21                |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 177889226   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 38</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-505/ ul. Leska 2                      |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 505583988   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 39</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia                                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-036/ ul. Dąbrowskiego 33a             |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178532286   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 40</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-326/ al. Powstańców Warszawy 28       |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178581992   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 41</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-326/ ul. Tadeusza Rejtana 53          |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00                                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 42</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-082/ ul. Architektów 11               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 17 850 80 05                                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 43</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy                        | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Piekarska 2b    |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178509340   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 44</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-509/ ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 14 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178652095   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 45</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy i Lekarzy Rodzinnych   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 954F                   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 92                                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 46</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łączki Kucharskie/ 39-106/ Łączki Kucharskie 248  |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 509890716   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 47</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-317/ ul. Budziwojska 327              |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178652578   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 48</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Besko/ 38-524/ ul. Podkarpacka 2                  |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 49</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CM MEDYK  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasło/ 38-200/ ul. Baczyńskiego 20A               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       | 08.03.2021   |



|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 50</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Kultury Miasta i Gminy Kańczuga       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kańczuga/ 37-220/ ul. Parkowa 1A              |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 51</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-025/ ul. Siemiradzkiego 4         |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178536669                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 52</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Akademicka                        | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-025/ ul. Podkarpacka 1            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178652106                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 53</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia POZ                               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dębica/ 39-200/ ul. Kwiatkowskiego 1          |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 509890238                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 54</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łańcut/ 37-100/ ul. 3-go Maja 2               |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 55</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lesko/ 36-600/ ul. Plac Konstytucji 5m.9      |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 56</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanok/ 38-500/ ul. Kofłataja 5                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 57</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia                                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanok/ 38-500/ ul. Przemyska 24               |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 58</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzyżów / 38-100/ ul. 700-lecia 1            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 59</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzyżów / 38-100/ ul. Przecławczyka 20       |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 60</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 27            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 508795751                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 61</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Lubomirskich 1E        |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 62</b>            |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminne Centrum Kultury                        | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązownica/ 37-522/ Warszawska 15/1           |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 63</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dom Kultury  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szówsko/ 37-522/ Sportowa 5                            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 64</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dom Kultury  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zapałów/ 37-522/ 134                                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 65</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Zdrowy STYL                           | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno/ 38-400/ ul. Kolejowa 27                        |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 66</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miejski Ośrodek Kultury                                | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosław/ 37-500/ Plac Mickiewicza 6                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 67</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Budynek WSPiA  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemyski/ 37-700/ Wybrzeże Ojca Św. Jana Pawła II 2/2 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 68</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Aktywności Seniorów                            | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/ 37-600/ Wyszyńskiego 31                      |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 69</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | punkt szczepień - Wola Zarczycka                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wola Zarczycka/37-311/405A                             |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178508005  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (34)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W RZESZOWIE         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-005/ ul. Aleksandra Fredry 9          |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 85 35 466                                      |                              |  |
| identyfikator REGON  | 690685006   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ambulatorium przy ZOZ nr 2 w Rzeszowie            | <b>P</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZESZÓW/ 35-005/ FREDRY 9                         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 853 54 66                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Opieki Długoterminowej i Paliacji          | <b>P</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Biażowa/ 36-030/ ul. Maesz. Józefa Piłsudskiego 6 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172297025   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Dynowie              | <b>P</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dynów/ 36-065/ ul. Ks. Józefa Oźga 32             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 166522574   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Hyżnem               | <b>P</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Hyżne/ 36-024/ Hyżne 104                          |                              |  |
| telefon/ telefony  | 17 230 50 30                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa Nr 1                         | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZESZÓW/ 35-005/ ul. FREDRY 9                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 178613623   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Malawa                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MALAWA/ 36-007/ MALAWA 200                     |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178554130                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Łąka                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄKA/ 36-004/ ŁĄKA 224B                        |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 177721265                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Zaczernie              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZACZERNIE/ 36-062/ ZACZERNIE 662               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178552213                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Borek Stary            | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOREK STARY/ 36-020/ BOREK STARY 84C           |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 172298102                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Bratkowice             | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRATKOWICE/ 36-055/ BRATKOWICE 394A            |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178551005                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Wysoka Głogowska       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKA GŁOGOWSKA/ 36-061/ WYSOKA GŁOGOWSKA 327 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178516308                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Dylągówka              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYLAGÓWKA/ 36-025/ DYLAGÓWKA 281               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 172295379                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia ogólna                                | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HARTA/ 36-067/ HARTA 225/4                     |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 166521458                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE/ 36-007/ KRASNE 944                     |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178555210                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Dynów                     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYNÓW/ 36-065/ ul. ks. Józefa Ozoga 32         |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 166521035                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Głogów Małopolski         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW MAŁOPOLSKI/ 36-060/ ul. Fabryczna 17    |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 178517323                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Tyczyn                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYCZYN/ 36-020/ ul. Rynek 10                   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 172219999                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Sokółów                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW MAŁOPOLSKI/ 36-050/ ul. Tysiąclecia 4  |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 177729017                                      |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Chmielnik                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHMIELNIK/ 36-016/ CHMIELNIK 50 A                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 172296619  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Hyżne                     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HYŻNE/ 36-024/ HYŻNE 104                         |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 172295078  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Lubenia                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBENIA/ 36-042/ LUBENIA 374                     |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178710010  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Błażowa                     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁAŻOWA/ 36-030/ ul. ARMII KRAJOWEJ 5            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 172297016  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Świlcza                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWILCZA/ 36-072/ ŚWILCZA 142                     |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178560793  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Boguchwała                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGUCHWAŁA/ 36-040/ ul. STANISŁAWA ŻYTKIEWICZA 2 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178714444  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 25</b>            |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych w Dynowie           | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYNÓW/36-065/ ul. ks. Józefa Ozoga 32            |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 166521035  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 28.04.2021   |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (35)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNY W RZESZOWIE  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-310/ ul. Warzywna 3                |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 178669606                                      |                           |  |
| identyfikator REGON  | 690561132                                      |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia przy ulicy Warzywnej 3 w Rzeszowie | <b>P</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-310/ Warzywna 3                    |                           |  |
| telefon/ telefony  | 17 85 94 444                                   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  | 08.03.2021                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Podstawowa Opieka Zdrowotna                    | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-310/ ul. Warzywna 3                |                           |  |
| telefon/ telefony  | 178669606                                      |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | 08.03.2021   |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (36)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | GPI Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością       |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Młp./ 35-050/ Turza 242                   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 77 12 871                                      |                           |  |
| identyfikator REGON  | 691749613   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEŚNIÓWKA" | <b>P</b>                  | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Młp./ 36-050/ Turza 242                   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 17 77 12 871                                      |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   | 08.03.2021                |  |

|  |  |                           |                             |
|--|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (37)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY                      |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przemyśl/ 37-700/ ul. Gen. Jakuba Jasińskiego 15 |                           |                             |
| telefon/ telefony:   | 16 678 30 38                                     |                           |                             |
| identyfikator REGON  | 000292681  |                           |                             |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Opieka Długoterminowa                      | <b>P</b>                  | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przemysł/ 37-700/ ul. Gen. Jakuba Jasińskiego 15                      |                           |  |
| telefon/ telefony  | 16 678 30 38  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - ZOL PRZEMYSŁ                           | <b>-</b>                  | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZEMYSŁ/37-700/ul. JASIŃSKIEGO 15                                    |                           |  |
| telefon/ telefony  | 166788945   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 23.04.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (38)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                        |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 2                 |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 158421017   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 000313472   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień   | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Kwiatkowskiego 2                            |                           |  |
| telefon/ telefony  | 158135455   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (39)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY W RZESZOWIE                         |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-078/ ul. Hetmańska 120                                    |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 854 60 28  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 690697009   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy                                     | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-078/ ul. Hetmańska 120                                    |                           |  |
| telefon/ telefony  | 178546796   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (40)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOMAŃCZY |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Komańcza/ 38-543/ 161   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 46 77 006  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370517305   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOMAŃCZY | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzpedź/ 38-543/ osiedle A 19  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 601152703   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (41)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | PODKARPACKIE CENTRUM MEDYCZNE W RZESZOWIE SP ZOZ                      |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-201/ pl. Dworcowy 2                                       |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 85 28 950  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 010647679   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna                                  | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-201/ Plac Dworcowy 2                                      |                           |  |
| telefon/ telefony  | 178528950   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (42)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespól Podstawowej Opieki Zdrowotnej            |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zagórz/ 38-540/ ul. Piłsudskiego 4                                    |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 46 22 341  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370478657   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespól Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Zagórz   | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zagórz/ 38-540/ ul. Piłsudskiego 4                                    |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134622020   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (43)</b> |   |                           |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-922/ ul. gen. Mariana Langiewicza 4  |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 28 757   |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 690580299  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-922/ ul. Langiewicza 4   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 261155909  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (44)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bojanowie |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6                             |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 15 87 08 309   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 830194697  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ                                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6                             |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 158708309  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       | 01.06.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (45)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzyskach |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzyska/ 38-212/ 349                                       |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 13 44 60 110   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 370444457  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Brzyskach                                | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzyska/ 38-212/ Brzyska 349                               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 134460110  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (46)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOWIE |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grębów/ 39-410/ ul. Spacerowa 11                                 |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 15 811 27 29   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 830359543  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOWIE | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grębów/ 39-410/ ul. Spacerowa 11                                 |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 158112729  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (47)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminna Przychodnia Lekarska w Iwoniczu-Zdroju |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iwonicz-Zdrój/ 38-440/ ul. ks. Jana Rąba 4   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 50 532   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 370449696  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iwonicz-Zdrój/ 38-440/ ul. Zagrodniki 20a  |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 605744112  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (48)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLICZU |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jedlicze/ 38-460/ ul. Romualda Traugutta 3                       |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 80 918   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 370441890  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Lekarski   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | POTOK/ 38-404/ POTOK 80  |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 134360606  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |



|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (49)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁACZYCACH |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Adama Mickiewicza 90                  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 134460213  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370444463  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kołaczyce     | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Adama Mickiewicza 90                  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134460213  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (50)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZÓZOWIE         |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ ul. ks. Józefa Bielawskiego 16                    |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 43 485   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370442837  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SPZOZ w Brzozowie  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 16                               |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134343485  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Lekarski w Górkach   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górki/ 36-200/ Górki 56a   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134344008  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 01.04.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Lekarski w Zmiennicy   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zmiennica/ 36-200/ Zmiennica 29a                                   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134393010  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 01.04.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Lekarski w Humniskach                                      | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Humniska/ 36-206/ Humniska 490                                     |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134346309  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 01.04.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowej Nr 1 w Brzozowie | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/36-200/ul. Parkowa 5                                       |                           |  |
| telefon/ telefony  | 691439301  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>5</b>   |
|  |  |                           | 23.04.2021   |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (51)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krościenko Wyżne/ 38-422/ ul. Szkolna 13              |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 15 076  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370441909   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia                                       | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krościenko Wyżne/ 38-422/ ul. Szkolna 13              |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134315076   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
|  |   |                           | 08.03.2021   |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (52)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14                                  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 53 017  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370442381   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Łężany  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łężany/ 38-430/ ul. Wspólna 1   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134353312   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
|  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Miejscu Piastowym                                       | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14                                  |                           |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 134353017  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia Głowienka                                      | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głowienka/ 38-455/ ul. Szkolna 1                               |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134219023  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Ludowy przy Ośrodku Zdrowia | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głowienka/38-455/ul. Szkolna 1                                 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134219023  |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | <b>2</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       | 22.04.2021   |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (53)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU JASIELSKIM |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Osiek Jasielski/ 38-223/ 185                                       |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 13 44 20 017   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370444339  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gminny Ośrodek Zdrowia w Osieku Jasielskim                         | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Osiek Jasielski/ 38-223/ Osiek Jasielski 185                       |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134420017  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (54)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYMANOWIE |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów/ 38-480/ ul. Piłsudskiego 2                               |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 134355004   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370442085   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów/ 38-480/ ul. Piłsudskiego 2                               |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134355004   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
|  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Parkowa 3                              |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134357194   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
|  |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wiejski Ośrodek Zdrowia   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wróblak Szlachecki/ 38-483/ ul. Kolejowa 12                       |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134358123   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
|  |   |                           | 08.03.2021   |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (55)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skolyszyn/ 38-242/ 232                                       |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 134491024  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 370444492  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gminny Ośrodek Zdrowia w Skolyszynie                         | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skolyszyn/ 38-242/ Skolyszyn 232                             |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134491024  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Święcanach                         | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Święcany/ 38-242/ Święcany 1                                 |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134495003  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Harkłowej                          | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Harkłowa/ 38-243/ Harkłowa 360                               |                           |  |
| telefon/ telefony  | 134494006  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
|  |  |                           | 08.03.2021   |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (56)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyraków/ 39-204/ 156A                                 |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 14 67 01 217  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 691563452   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet lekarski ogólny                               | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyraków/ 39-204/ Żyraków 156A                         |                    |   |
| telefon/ telefony  | 146701217   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 2   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (57)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KREMPNEJ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krempna/ 38-232/ 32                                     |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 13 44 14 008  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 370444500   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPGOZ Krempna   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krempna/ 38-232/ Krempna 32                             |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134414008   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (58)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZALESZANACH Z/S W ZBYDNIOWIE |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zbydniów/ 37-415/ ul. Parkowa 8  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 158458305  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 830457866  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | PUNKT SZCZEPIEŃ W OŚRODKU ZDROWIA W ZBYDNIOWIE                                       | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZBYDNIÓW/ 37-415/ ul. PARKOWA 8  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 15 845 83 05   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |   |
|  |  |                    | 1   |
|  |  |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień przy SPGZOZ                           | -                  | <b>PSP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZBYDNIÓW/ 37-415/ ul. PARKOWA 8  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 15 845 83 05   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |   |
|  |  |                    | 1   |
|  |  |                    | 04.05.2021                                  |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (59)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO - GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JAŚLE |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 4                                  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 134481630   |                    |   |
| identyfikator REGON  | 370444581   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa nr 1   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. Mickiewicza 4  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134464085   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa nr 2   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. Baczyńskiego 27                                      |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134469133   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia "Refineria"   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. 3 Maja 101   |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134410269   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Wiejski Ośrodek Zdrowia   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Osobnica/ 38-241/ Osobnica 851  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134427029   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Szebniach                                     | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szebnie/ 38-203/ Szebnie 46   |                    |   |
| telefon/ telefony  | 134428094   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
|  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - SPM-G ZOZ w Jaśle, były Komisariat Policji Dzielnicowej | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaśło/38-200/ul. Kochanowskiego 2  |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 134742010  |                       | 23.04.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 20.04.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (60)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Nowym Żmigrodzie |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Żmigród/ 38-230/ ul. Krakowska 11                          |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 13 44 15 233  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370444138   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Ogólna   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Żmigród/ 38-230/ ul. Krakowska 11                          |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 134415674   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (61)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.PROF.KLEMENSA SKÓRY W BOROWEJ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Borowa/ 39-305/ 333 A  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 58 10 520   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 831201689  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Borowa/ 39-305/ Borowa 333a  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 175810520  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (62)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZOSTKU |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcza-Mysłowskiego 7             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 146830843  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 691762536  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Brzostku                                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcza-Mysłowskiego 7             |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 146830472  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Smarżowej                                      | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Smarżowa/ 39-231/ Smarżowa 76A                                   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 146835937  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |                                     |                              |  |
|--|-------------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (63)</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KAMIENIU   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Kamień/ 36-053/ 20             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 85 56 006                        |                              |  |
| identyfikator REGON  | 691765977                           |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gminny Ośrodek Zdrowia w Kamieniu   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Kamień/ 36-053/ Nowy Kamień 20 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 178556006                           |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                     |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (64)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Frysztak/ 38-130/ ul. Józefa Piłtiewiczza 3/4                        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 27 77 661   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 690582482  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Frysztak/ 38-130/ ul. Piłtiewiczza 3/4                               |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 172777661  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (65)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" GRAŻYNA KRUPOWCZYK, MAREK KRUPOWCZYK SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Orły/ 37-716/ ul. Krakowska 1  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 604943096  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 650961561  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepien  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Orły/ 37-716/ ul. Krakowska 1  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 166712626  | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu   |  |                    | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    | 08.03.2021                                  |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (66)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIŚNIOWEJ - ROBERT MIAZGA I JAN GAWĘŁ SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wiśniowa/ 38-124/ 136  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 172775015  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 690497635  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |   |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wiśniowa/ 38-124/ Wiśniowa 136   |                    |   |
| telefon/ telefony  | 172775015  | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu   |  |                    | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    | 08.03.2021                                  |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (67)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niebylec/ 38-114/ 67  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 17 27 73 044  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 690579439   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                    |   |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej w Niebylecu                                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niebylec/ 38-114/ Niebylec 67   |                    |   |
| telefon/ telefony  | 172773044   | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu   |   |                    | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej w Lutczy                                      |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lutcza/ 38-112/ Lutcza 337  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 177463003   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej w Gwoźnicy Górnej                             |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gwoźnica Górna/ 38-116/ Gwoźnica Górna 148                                |                    |   |
| telefon/ telefony  | 177465620   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej w Połomi                                      |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Połomia/ 38-115/ Połomia 123  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 172773701   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    | 1   |
|  |   |                    | 08.03.2021                                  |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (68)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA         |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bircza/ 37-740/ ul. Rynek 3/2  |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 60 80 23 258   |                    |   |
| identyfikator REGON  | 650961578  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA Bircza  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIRCZA/ 37-740/ ul. RYNEK 3/2  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 166512050  | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu   |  |                    | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA Hawniki |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | HUWNIKI/ 37-743/ HUWNIKI 1D  |                    |   |
| telefon/ telefony  | 16 65 12 050   |                    |   |
| Data dodania do wykazu   |  | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    | 1   |
|  |  |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|  |  |  |                    |   |
|--|--|--|--------------------|---|
| nazwa:   |  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICZY SPÓŁKA JAWNA Przemysł | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | PRZEMYSŁ/ 37-700/ ul. GENERAŁA JAKUBA JASIŃSKIEGO 3  |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 166750374  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (69)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | KEMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 108C  |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 134915042  |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 370439551  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | POradnia POZ Kemed Sp zo.o.  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | JASŁO/ 38-200/ ul. ZA BURSĄ 5  |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 787248797  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (70)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | "MEDCOR" MAŁGORZATA PYRCHŁA SPÓŁKA JAWNA   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | TRÓJCZYCE/ 37-717/ 191   |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 16 67 12 680   |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 650898331  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | Gabinet Lekarza POZ w Trójczycach  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Trójczyce/ 37-717/ Trójczyce 191   |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 166712680  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (71)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                      |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4A  |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 17 27 71 081   |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 690579238  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | Punkt Lekarski Czudec  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | CZUDEC/ 38-120/ ul. STAROWIEJSKA 4A  |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 172771028  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (72)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | STANISŁAW SZEREMETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W NAROLU               |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3   |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 16 63 17 013   |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 650261869  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Narolu                                   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3   |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 166317013  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    | 31.05.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (73)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | "SOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Jasło/ 38-200/ ul. Zygmunta Krasińskiego 17  |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 134485558  |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 370477617  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | NZO SOMED  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Jasło/ 38-200/ ul. Zygmunta Krasińskiego 17  |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 134480242  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu   |  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |  |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (74)</b> |  |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   |  | MIROSLAW MASTEJ, RYSZARD MASTEJ, PAWEŁ MASTEJ CENTRUM ZDROWIA DR. MASTEJ SPÓŁKA CYWILNA              |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Jasło/ 38-200/ ul. Stanisława Staszica 17A   |                    |   |
| telefon/ telefony:   |  | 13 443 80 00   |                    |   |
| identyfikator REGON  |  | 370430981  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   |  | CENTRUM ZDROWIA DR MASTEJ NZOZ   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | JASŁO/ 38-200/ Staszica 21   |                    | 1   |
| telefon/ telefony  |  | 134438000  |                    |   |



|   |                                |                       |  |
|---|--------------------------------|-----------------------|--|
| Data dodania do wykazu                            |                                |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA DR MASTEJ NZOZ | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBOWIEC/ 38-220/ DĘBOWIEC 645 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 134791420                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                       |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (75)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | "VITA" S.C.                              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 53 488                             |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370437196                                |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14 |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony  | 134353488                                |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rogi/ 38-430/ ul. Ksiedza Domino 3       |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 134339185                                |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasionka/ 38-450/ Jasionka 45            |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 134331012                                |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (76)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ ul. Kletówki 52  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 64 948   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 364531646  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ ul. Kletówki 52  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 134364948  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Usług Medycznych Eskulap sp. z o.o.                              | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno/ 38-400/ ul. Kletówki 52  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 134364948  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 23.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (77)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | MEDIKOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jedlicze/ 38-460/ ul. Tadeusza Rejtana 38B               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 13 42 00 388   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370467820  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MEDIKOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Jedlicze | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jedlicze/ 38-460/ ul. Rejtana 38b                        |                              | <b>4</b>   |
| telefon/ telefony  | 134372660  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (78)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ZESPÓŁ LEKARZY "MEDYTAR" S.KRAWCZUK, B.LIPCZYŃSKA-KRUŻEL SPÓŁKA PARTNERSKA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Tadeusza Kościuszki 40                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | +48 15 822 96 31   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 830446354  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Zespół Lekarzy MEDYTAR Sp.p.                               | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Kościuszki 40                                      |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 158225971  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              | 26.11.2021   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (79)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | "PRAKTYKA" TOMASZ ŚLIWIŃSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stubno/ 37-723/ 69                                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 16 67 14 010  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 650902251   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRAKTYKA TOMASZ ŚLIWIŃSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stubno/ 37-723/ Stubno 69b                            |                              |  |
| telefon/ telefony  | 166714010   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 2  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (80)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" B.SZCZUBIAŁKA M.DUBIEL J.CISZEWSKI SPÓŁKA JAWNA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzycze/ 39-432/ ul. Józefa Piłsudskiego 17  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 15 83 62 561  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 830411960   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" B.SZCZUBIAŁKA M.DUBIEL J.CISZEWSKI SPÓŁKA JAWNA | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzycze/ 39-432/ ul. Piłsudskiego 17   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 158362561   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 1  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (81)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4                               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 17 27 65 037  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370478611   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA Strzyżów | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STRZYŻÓW/ 38-100/ ul. PARKOWA 4                               |                              |  |
| telefon/ telefony  | 172765037   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 1  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (82)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Andrzej Kloc                                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zarzeczce/ 37-400/ ul. Adama Mickiewicza 46        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 15 84 11 001                                       |                              |  |
| identyfikator REGON  | 830451958  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Andrzej Kloc Poradnia lekarza rodzinnego Zarzeczce | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zarzeczce/ 37-400/ ul. Adama Mickiewicza 46        |                              |  |
| telefon/ telefony  | 158411001  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              | 1  |
|  |  |                              | 08.03.2021   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (83)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | "SOŚNINA" SPÓŁKA CYWILNA AGNIESZKA DRABEK, STANISŁAW DRABEK |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kombornia/ 38-420/ 53                                       |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 134354813   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 370997877   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ w Komborni                             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kombornia/ 38-420/ Kombornia 53                             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 134354813   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 1  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ w Jabłonicy Polskiej                   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jablonica Polska/ 36-213/ Jablonica Polska 265              |                              |  |
| telefon/ telefony  | 134391063   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 1  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz w Golcowej                             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Golcowa/ 36-230/ Golcowa 66                                 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 134347105   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | 1  |
|  |   |                              | 08.03.2021   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (84)</b> |  |  |  |
|--|--|--|--|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MARMED" LEK. MED. BOGUSŁAWA I JAROSŁAW MARZEC SPÓŁKA JAWNA | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Pułaskiego 2B/5   |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 175837246   |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 830473888   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Marmed   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Pułaskiego 2 B/5  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 662603314   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|  |  |                    |                      |
|--|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (85)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:   | L.MIKRUT, R.PATYKIEWICZ SPÓŁKA CYWILNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 5   |                    |                      |
| telefon/ telefony:   | 134467281  |                    |                      |
| identyfikator REGON  | 370501280  | -                  | <b>POP</b>           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |                      |
| nazwa:   | NZOZ "Medyk"   |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasło/ 38-200/ ul. Mickiewicza 5   |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 134480196  |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |

|  |  |                    |                      |
|--|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (86)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzemień/ 39-322/ 260                         |                    |                      |
| telefon/ telefony:   | 175811328                                    |                    |                      |
| identyfikator REGON  | 831198533                                    | -                  | <b>POP</b>           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |                      |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Puls" |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzemień/ 39-322/ Rzemień 260                 |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 0175811328                                   |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |

|  |   |                    |                      |
|--|---|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (87)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:   | ZESPÓŁ LEKARZY "BIOCEN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wadowice Górne/ 39-308/ 143 A                                   |                    |                      |
| telefon/ telefony:   | 14 66 69 676  |                    |                      |
| identyfikator REGON  | 831197605   | -                  | <b>POP</b>           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                    |                      |
| nazwa:   | Gabinet lekarza rodzinnego                                      |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wadowice Górne/ 39-308/ Wadowice Górne 143A                     |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 146669676   |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |   |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |                      |
|  |   |                    | <b>1</b>             |
|  |   |                    | 08.03.2021           |

|  |  |                    |                      |
|--|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (88)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:   | "MEDYK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością    |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Józefa Poniatowskiego 31 |                    |                      |
| telefon/ telefony:   | 15 843 50 21                                       |                    |                      |
| identyfikator REGON  | 830483869  | -                  | <b>POP</b>           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                    |                      |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.                                    |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Hutnicza 8               |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 158435011  |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | -                  | <b>POP</b>           |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.                                    |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Poniatowskiego 31        |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 158435012  |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | -                  | <b>POP</b>           |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.                                    |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszica 4a              |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 158435013  |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |  | -                  | <b>POP</b>           |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.                                    |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Energetyków 29           |                    |                      |
| telefon/ telefony  | 158435014  |                    |                      |
| Data dodania do wykazu   |  |                    |                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                    |                      |
|  |  |                    | <b>1</b>             |
|  |  |                    | 08.03.2021           |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Dąbrowskiego 3  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 158435015   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia p.o.z.   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Okulickiego 36  |                           | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 158435016   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (89)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | PIOMAR PIOTR BODZIANY MARCIN MATOGA JOANNA SUŁEK - MATOGA ELŻBIETA ZYMRÓZ - BODZIANY SPÓŁKA JAWNA   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ropczyce/ 39-100/ ul. Parkowa 1   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 22 27 421  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 690727220   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Medycyny Rodzinnej (PIOMAR Parkowa)   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ropczyce/ 39-100/ ul. Parkowa 1   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 172227421   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarza Rodzinnego (PIOMAR Siewierskiego)   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ropczyce/ 39-100/ ul. Siewierskiego 6   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 577476040   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Medycyny Rodzinnej (PIOMAR Wielopole Skrz.)   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wielopole Skrzyńskie/ 39-110/ Wielopole 260   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 172214816   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (90)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA - ANDRZEJ PODOSEK, ZOFIA MIKRUT-GĄSIOR, WANDA RZĄDZKA, LUCYNA ROŹNIAŁ-CIEJKA, ANNA KOZŁOWSKA, ALINA PODOSEK, GRAŻYNA KOPEĆ |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Sandomierska 25   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 58 64 311  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 830787859   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIELEC/ 39-300/ ul. SANDOMIERSKA 25   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 175864311   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (91)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Stanisław Pielą   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodzisko Dolne/ 37-306/ 125  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 172436031   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 690964769   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet szczepień   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodzisko Dolne/ 37-306/ Grodzisko Dolne 125  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 172436031   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (92)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STANISZEWSKI RYSZARD  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zaklików/ 37-470/ ul. Krzywa 66   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 15 87 37 228  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 830086938   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STANISZEWSKI RYSZARD  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKLIKÓW/ 37-470/ ul. KRZYWA 66   |                           | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony  | 517848989   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (93)</b> |   |                           |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BIESZCZADY"                    | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lutowiska/ 38-713/ 82/2   |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 10 022  |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 370996524   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BIESZCZADY" TERESA MIKOŁAJCZAK | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOWISKA/ 38-713/ LUTOWISKA 82/2                                     |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134610022   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (94)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA: AGNIESZKA BLECHARCZYK, WOJCIECH BLECHARCZYK |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żurawica/ 37-710/ ul. Marcina Króla 3                       |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 16 672 31 31  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 650951670   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska w Żurawicy                             | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żurawica/ 37-710/ ul. Marcina Króla 3                       |                       |  |
| telefon/ telefony  | 166723131   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
|  |   |                       | <b>1</b>   |
|  |   |                       | 08.03.2021   |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (95)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK ZDROWIA W TUSZOWIE NARODOWYM, EWA TOMECKA-RZEPKA, JERZY RZEPKA, MONIKA RZEPKA-DUSZKIEWICZ SPÓŁKA JAWNA |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tuszów Narodowy/ 39-332/ 51  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 175817795  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 831198763  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Mielec  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 19   |                       |  |
| telefon/ telefony  | 172506688  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |
|  |  |                       | <b>1</b>   |
|  |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZO Ośrodek Zdrowia  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tuszów Narodowy/ 39-332/ Tuszów Narodowy 51  |                       |  |
| telefon/ telefony  | 175817795  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |
|  |  |                       | <b>1</b>   |
|  |  |                       | 08.03.2021   |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (96)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Stefana Żeromskiego 17      |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 17 58 63 133                                    |                       |  |
| identyfikator REGON  | 830787836                                       |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Salus sp z o.o. NZO Poradnia lekarza POZ        | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 17              |                       |  |
| telefon/ telefony  | 175863133                                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
|  |   |                       | <b>1</b>   |
|  |   |                       | 08.03.2021   |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (97)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | NZO "Izdebki" Janusz Kosobucki, Elżbieta Kosobucka spółka cywilna |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Izdebki/ 36-203/ 378 A  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 99 005  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 370884334   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZO Izdebki   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Izdebki/ 36-203/ Izdebki 378A                                     |                       |  |
| telefon/ telefony  | 134399005   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
|  |   |                       | <b>1</b>   |
|  |   |                       | 08.03.2021   |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (98)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | DANUTA KARAŚ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA GABINET POZ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grabownica Starzeńska/ 36-200/ 38  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 13 43 95 089   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 370516429  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet POZ  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grabownica Starzeńska/ 36-207/ Grabownica starzeńska 396                       |                       |  |
| telefon/ telefony  | 134395089  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |
|  |  |                       | <b>1</b>   |

|   |                                  |                       |  |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Ośrodek Zdrowia Jasionów    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionów/ 36-211/ Jasionów 282 a |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 519794222                        |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (99)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" ANNA OPALA, BEATA KORKUS-PSZENICZNA         |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chorzów/ 39-331/ Chorzów 421C   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 17 58 41 491  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 831198208   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" ANNA OPALA, BEATA KORKUS-PSZENICZNA Chorzów | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chorzów/ 39-331/ Chorzów 421c   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 175841491   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (100)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | "PANORAMA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/ 37-300/ ul. Rynek 18/3                        |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 172426807  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 690303980  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Nr 1 w Nowej Sarzynie                      | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA SARZYNA/ 37-310/ ul. KONOPNICKIEJ 4               |                           | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 172413620  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Grodzisku Dolnym                     | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISKO DOLNE/ 37-306/ GRODZISKO DOLNE 125           |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 172436005  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Lekarski w Brzyskiej Woli                        | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZYSKA WOLA/ 37-304/ BRZYSKA WOLA 74                  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 172429139  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna i Specjalistyczna                 | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUDNIK NAD SANEM/ 37-420/ ul. DASZYNSKIEGO 1           |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 153066163  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczępień Powszechnych - MOSIR w Rudniku n/Sanem | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudnik Nad Sanem/37-420/ul. Adama Mickiewicza 44       |                           | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 153066163  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 23.04.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (101)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" M. HOFFMANN, B. IWANICKA-BRUDNIAK, M. PALUCH, E. SAS-GONTARZ SPÓŁKA JAWNA |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/ 37-300/ ul. Hugo Kołłątaja 2   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 17 24 20 036  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 691524245   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŻAJSK/ 37-300/ ul. KOŁŁĄTAJA 2  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 172420036   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień NZOZ Medyk  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wierzawice/ 37-300/ Wierzawice 387  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 17 242 41 00  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 08.03.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |



|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (102)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wólce Grodziskiej |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wólka Grodziska/ 37-306/ 119A   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 17 24 36 059  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 690729264   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                           |  |
| nazwa:  | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wólce Grodziskiej |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wólka Grodziska/ 37-306/ Wólka Grodziska 119a                                   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 172436059   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jarocinie         |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarocin/ 37-405/ Jarocin 62   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 172436059   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | <b>1</b>   |
|   |   |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (103)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZECLAW" S.C. R.SIKORA-BIERNAT, J.BARNAŚ |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeclaw/ 39-320/ ul. Kilińskiego 29   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 17 58 13 190   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 831198125  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | Poradnia ogólna  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeclaw/ 39-320/ ul. Kilińskiego 29   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 794995225  | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (104)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Ewa Nikiel   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gawłuszowice/ 39-331/ 6C                             |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 69 32 81 271   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 831198250  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Gawłuszowice" |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gawłuszowice/ 39-307/ Gawłuszowice 6c                |                           |  |
| telefon/ telefony   | 175819124  | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>2</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |
|   |  |                           | 12.05.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (105)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | "Krosno-Zdrowie" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/ 38-400/ ul. Tysiąclecia 13                       |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 28 084   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 370706963  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/ 38-400/ ul. Tysiąclecia 13                       |                           |  |
| telefon/ telefony   | 134320884  | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (106)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne PAWEŁ MAZUR-CHROMIAK           |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kuryłówka/ 37-303/ 529  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 60 69 58 947  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 690729382   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                           |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne PAWEŁ MAZUR-CHROMIAK Kuryłówka |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KURYŁÓWKA/ 37-303/ KURYŁÓWKA 529  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 172438012   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           | 08.03.2021   |
|   |   |                           | 12.05.2021   |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (107)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | "Zdrowie" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chorkówka/ 38-458/ 130                            |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 13 023                                      |                           |  |
| identyfikator REGON   | 370739158   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                           |  |
| nazwa:  | Poradnia POZ                                      |                           |  |
|   |   |                           |  |

|   |                                  |   |            |
|---|----------------------------------|---|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chorkówka/ 38-458/ Chorkówka 130 | - | POP        |
| telefon/ telefony                                 | 134313023                        |   | 1          |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |   | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |   |            |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (108)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Spółka Cywilna: Dorota Borowiec, Katarzyna Wójtowicz-Warchoł, Renata Zajączkowska |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ ul. Sandomierska 18  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 84 16 622  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 831198651   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ ul. Sandomierska 8b  | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 158416622   |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (109)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "ARS MEDICA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radymno/ 37-550/ ul. Legionów 1                      |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 16 628 11 58   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 651257048  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Ars -Medica Radymno                  |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radymno/ 37-550/ ul. Legionów 1                      | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 166281012  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (110)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "PIĄTKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2                  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 58 52 515                                     |                    |   |
| identyfikator REGON   | 830484640  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZO Piątka Sp z o.o. Poradnia Lekarza POZ        |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2                  | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 175852515  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia POZ Trześń                              |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trześń/ 39-331/ Trześń 90                        | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 17 584 10 25                                     |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (111)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Remedium" Kinga Januszewska |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Podzwierzyniec 41                              |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 602373810  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 690378988  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZO Remedium   |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Podzwierzyniec 41                              | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 172252191  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |                                      |                    |   |
|---|--------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (112)</b> |                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Mirosław Godzisz                     |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Straszcęcin/ 39-218/ 211             |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 14 67 68 644                         |                    |   |
| identyfikator REGON   | 850506626                            |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                      | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                 |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRASZCĘCIN/ 39-218/ STRASZCĘCIN 211 | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 602557174                            |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |                                      |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                      |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (113)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RUDNIK" S.C. |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudnik nad Sanem/ 37-420/ ul. Fryderyka Chopina 22  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 87 61 009  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 831199811   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|   |   |                       |                         |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| <b>nazwa:</b>   | Gabinet szczepień   | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Rudnik nad Sanem/ 37-420/ ul. Chopina 22  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 158761009   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (114)</b> |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | SPÓŁKA CYWILNA ZBIGNIEW ZAKRZEWSKI WŁADYSŁAWA TRYKA   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Giedlarowa/ 37-300/ 287   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony:</b>   | 17 24 25 125  |                       |                         |
| <b>identyfikator REGON</b>  | 690729407   |                       |                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | SPÓŁKA CYWILNA ZBIGNIEW ZAKRZEWSKI WŁADYSŁAWA TRYKA Giedlarowa  | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Giedlarowa/ 37-300/ Giedlarowa 287  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 172425125   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (115)</b> |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | "OPTIMA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Przemysł/ 37-700/ ul. Świętego Jana Nepomucena 32   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony:</b>   | 16 67 70 071  |                       |                         |
| <b>identyfikator REGON</b>  | 650971967   |                       |                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | PORADNIA LEKARZA POZ  | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Przemysł/ 37-700/ ul. św. Jana 32   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 166770079   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (116)</b> |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | lek. med. Wit Danecki Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Nr 1 Prywatna Praktyka Lekarska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Jeżowe/ 37-430/ 662A  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony:</b>   | 158794311   |                       |                         |
| <b>identyfikator REGON</b>  | 830390145   |                       |                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej nr 1  | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Jeżowe/ 37-430/ Jeżowe 662 a  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 158794311   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 14.06.2021              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (117)</b> |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | ZAKŁAD LEKARZA RODZINNEGO "FAMILIA"   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 67   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony:</b>   | 15 82 36 700  |                       |                         |
| <b>identyfikator REGON</b>  | 830398388   |                       |                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | ZAKŁAD LEKARZA RODZINNEGO "FAMILIA" Tarnobrzeg  | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Sienkiewicza 67   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 158236700   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (118)</b> |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | SPECMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Krosno/ 38-400/ ul. Ignacego Jana Paderewskiego 4   |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony:</b>   | 13 43 66 802  |                       |                         |
| <b>identyfikator REGON</b>  | 371012665   |                       |                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | Punkt Szczepień   | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Krosno/ 38-400/ ul. Kisielewskiego 1  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 134324479   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | Punkt Szczepień   | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Krosno/ 38-400/ ul. Decowskiego 48  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 134323892   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   |                       |                         |
| <b>nazwa:</b>   | Punkt Szczepień   | -                     | <b>POP</b>              |
| <b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</b>  | Krosno/ 38-400/ ul. Okulickiego 13  |                       |                         |
| <b>telefon/ telefony</b>  | 134371557   |                       |                         |
| <b>Data dodania do wykazu</b>   |   |                       |                         |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>  |   |                       | 08.03.2021              |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |  | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------|---|
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo - Widowiskowa MOSiR | -              | <b>PSP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno/ 38-400/ul. Bursaki 29                                    |                | <b>3</b>                                    |
| telefon/ telefony                                 | 133061284  |                | 28.04.2021                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (119) |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Życie" s.c. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Adamówka/ 37-534/ 29  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 16 62 29 009  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 651419580   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Przychodnia Lekarska   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Adamówka/ 37-534/ Adamówka 29   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 166229009   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (120) |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa:   | Artur Szofer - PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6      |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 15 87 92 523                                |                       |  |
| identyfikator REGON  | 830453680                                   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA HARASIUK                           | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Harasiuki/ 37-413/ ul. Długa 13             |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 158791531                                   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                       | 07.01.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Huta Krzeszowska                   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6      |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 158792523                                   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                       | 07.01.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA KURZYNA ŚREDNIA                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kurzyna Średnia/ 37-410/ Kurzyna Średnia 59 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 158431322                                   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                       | 07.01.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (121) |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--|--|-----------------------|--|
| nazwa:   | "NOVO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Tytusa Chałubińskiego 6        |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 17 58 25 441                                       |                       |  |
| identyfikator REGON  | 830842877  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Novo Med sp z o.o.                                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/ 39-300/ ul. Chałubińskiego 6               |                       | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony  | 175825441 175825442                                |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (122) |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa:   | Jerzy Stalmach Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej"BOBROWA" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bobrowa/ 39-203/ 109E   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 14 68 24 300  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 850239059   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bobrowa/ 39-203/ Bobrowa 109E                                 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 146824300   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu   |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (123) |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA WENZEL-SOWA, ADAM SUCHORZEPKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MEDYKA/ 37-732/ 479A                                  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 16 67 15 210  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 650949583   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna                                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Medyka/ 37-732/ Medyka 479 A                          |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 166715210   |                       |  |

|                           |  |  |            |
|---------------------------|--|--|------------|
| Data dodania do wykazu    |  |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |            |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (124)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY-ZABRZYCKA I PARTNERZY W STRZYŻOWIE |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 27 60 230   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 371015178  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172760230  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pstrągowa/ 38-121/ Pstrągowa 103   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172779025  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Markuszowa/ 38-126/ ul. Markuszowa 22  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172776103  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (125)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "DANMED" S.C.                           |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. Bohaterów Getta 1 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 16 67 83 277                            |                    |   |
| identyfikator REGON   | 651434013                               |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza poz                    | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. Bohaterów Getta 1 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 166782433                               |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (126)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | SPÓŁKA CYWILNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RES MEDICA" |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dubiecko/ 37-750/ ul. Przemyska 44                                |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 16 65 11 026  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 651433321   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia ogólna   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dubiecko/ 37-750/ ul. Przemyska 44                                |                    |   |
| telefon/ telefony   | 166511026   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (127)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDICUS" - LEKARZE - CZESZYK, CZESZYK, MAKARUK-GAŁUSZKA, JAKUBOWSKA, SOŚNICKA-MÜNZBERGER, ŚMIAŁEK, ŚMIAŁEK, TLAŁKA - SPÓŁKA PARTNERSKA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/ 38-400/ ul. Wojska Polskiego 43  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 21 523   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 371025946  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Medicus" Sp.p.   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/ 38-400/ ul. Wojska Polskiego 43  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 519573990  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (128)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ B.KWIATKOWSKA, A.POLAK, M.WILCZYŃSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Baranów Sandomierski/ 39-450/ ul. Zamkowa 24   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 81 18 008   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 831220132  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Baranów Sandomierski/ 39-450/ ul. Zamkowa 24   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158118008  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |  |                              |  |
|---|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (129)</b> |  | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021</b> | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (130)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Halina Bury NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED"   |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4A  |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 172771028  |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690287872  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED"   |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czudec/ 38-120/ Jasielska 40   | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 607281837  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (131)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | OŚRODEK LECZNICZO REHABILITACYJNY I MEDYCYNY PRACY "NAFTA-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Daszyńskiego 20A  |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 46 52 361   |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371004246  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny i Medycyny Pracy "NAFTA-MED"   |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Daszyńskiego 20A  | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 507274300  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (132)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | "RES-MED" URBAN I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZESZÓW/ 35-119/ UL. WIKTORA ZBYSZEWSKIEGO 15  |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 17 856 95 56   |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 691677782  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-119/ ul. Zbyszewskiego 15  | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 178569556  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (133)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Spółka cywilna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 3 w Nisku                                      |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ ul. Wolności 8a   |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15 84 14 338   |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 831223610  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ ul. Wolności 8a   | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158414338  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (134)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Kidąta Andrzej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICINAE"                                       |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czudec/ 38-200/ ul. Starowiejska 4A  |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 60 38 52 978   |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 691568739  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | NZOZ "Medicina"  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4a  | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 603852978  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (135)</b> |  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALMUS" Jacek Pieniążek  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białoboki/ 37-207/ 137   |  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 641 14 20   |  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 650968095  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |  |                              |  |
| nazwa:  | BIAŁOBOKI 137  |  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBOKI/ 37-207/ BIAŁOBOKI 137a  | -                                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 166411420  |  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |  |                              | 1  |
|   |  |  |                              | 08.03.2021   |



|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (136)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PADEW NARODOWA S.C.<br>IRENA LORENC, PIOTR LORENC |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Padew Narodowa/ 39-340/ ul. Księdza Jana Kica 2   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 81 19 329  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 831221456   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Gabinet lekarza poz   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Padew Narodowa/ 39-340/ ul. Ks. Jana Kica 2   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158119329   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (137)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "NASZE ZDROWIE" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 67         |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 82 34 820  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 831221350   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA NASZE ZDROWIE                               |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Sienkiewicza 67                 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158222522   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                 |                    |   |
|---|---------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (138)</b> |                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Maria Przybyła                  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzeńsiów/ 36-212/ 90           |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 94 016                    |                    |   |
| identyfikator REGON   | 371030278                       | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                 |                    |   |
| nazwa:  | Poradnia POZ                    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzeńsiów/ 36-212/ Trzeńsiów 90 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134394016                       |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                 | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                 |                    | 1   |
|   |                                 |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                            |                    |   |
|---|----------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (139)</b> |                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Wacław Frydrych            |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Haczów/ 36-213/ Haczów 810 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 91 374               |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370046840                  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                            |                    |   |
| nazwa:  | NZOZ Haczów                |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Haczów/ 36-213/ Haczów 96  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134391015                  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                            | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                            |                    | 1   |
|   |                            |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (140)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "PANACEUM PRUCHNIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10A   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 166288034   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 651439542   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | punkt szczepień   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10a   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 166288012   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (141)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "E.WOJTERA, L.SŁYSZYŃSKA, LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA" |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/ 37-300/ ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1       |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 24 21 888  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 691561200   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                       |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/ 37-300/ ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1       |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172421888   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 2   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |                      |
|---|---|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (142)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ T.LEWIŃSKA,<br>A.TOMASZEWSKA, M.SZKLARCZYK "SANUS" SPÓŁKA JAWNA |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZESZÓW/ 35-241/ UL. LUBELSKA 6/14  |                    |                      |
| telefon/ telefony:  | 17 86 12 422  |                    |                      |
| identyfikator REGON   | 691578034   |                    |                      |

|   |                                    |                       |  |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                    | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia poz                       | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-241/ ul. Lubelska 6/14 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178612422                          |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |
|   |                                    |                       | <b>1</b>   |
|   |                                    |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                           |                             |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (143)</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021</b> | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|

|   |  |                           |                             |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (144)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | "BUD-MED" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE-IRENA OPALIŃSKA-SIKORA I PARTNERZY-SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-016/ ul. Klementyny Hoffmanowej 8A   |                           |                             |
| telefon/ telefony:  | 17 85 35 518   |                           |                             |
| identyfikator REGON   | 691675085  |                           |                             |

|   |                                      |                       |  |
|---|--------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                      | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "BUD-MED" w Rzeszowie           | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-016/ ul. Hoffmanowej 8 a |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 178535518                            |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                      |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |  |
|   |                                      |                       | <b>1</b>   |
|   |                                      |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                           |                             |
|---|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (145)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | "LEKARZ W. NOWAK, LEKARZ A.L.ZAJĄC - SPÓŁKA PARTNERSKA" |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 32A         |                           |                             |
| telefon/ telefony:  | 146819779   |                           |                             |
| identyfikator REGON   | 831300167   |                           |                             |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 32A |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 146819779                                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |                                      |                           |                             |
|---|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (146)</b> |                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Helios" Marzena Polak-Żurek    |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Biernackiego 10A |                           |                             |
| telefon/ telefony:  | 17 58 53 096                         |                           |                             |
| identyfikator REGON   | 831306945                            |                           |                             |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ NZOZ Helios          | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. dra Biernackiego 10 A |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 175833096                                 |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                           |                             |
|---|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (147)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "HIPOKRATES" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY JOANNA HAWRO I PARTNERZY |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Rynek 18  |                           |                             |
| telefon/ telefony:  | 17 225 45 17  |                           |                             |
| identyfikator REGON   | 691689348   |                           |                             |

|   |                              |                       |  |
|---|------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                              | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień              | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAŃCUT/ 37-100/ ul. RYNEK 18 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 667942306                    |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                              |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                       |  |
|   |                              |                       | <b>1</b>   |
|   |                              |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                           |                             |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (148)</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021</b> | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|

|   |  |                           |                             |
|---|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (149)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | BARBARA IRENA WIELGOS-FUKSA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W NOZDRZCU |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nozdrzec/ 36-245/ 242  |                           |                             |
| telefon/ telefony:  | 13 43 98 960   |                           |                             |
| identyfikator REGON   | 691676564  |                           |                             |

|   |                                |                       |  |
|---|--------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Nozdrzcu     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nozdrzec/ 36-245/ Nozdrzec 242 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134398960                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                       |  |
|   |                                |                       | <b>1</b>   |
|   |                                |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                           |                             |
|---|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (150)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:  | Teresa Królikowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jeżowe |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeżowe/ 37-430/ 662A  |                           |                             |

|   |                             |                       |  |
|---|-----------------------------|-----------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 15 87 97 200                |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 831222154                   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                             | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy           |                       | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jeżowe/ 37-430/ Jeżowe 662A | -                     | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 607467234                   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |                             |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                             |                       |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (151)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Dorota Rutkowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 2 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeżowe/ 37-430/ 688   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15 87 94 245  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 830311743   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia lekarska  |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeżowe/ 37-430/ ul. 662a 662a                               | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 603300317   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (152)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | ALINA KRUPA-HIPPNER NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W PRZYSIETNICY | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przysietnica/ 36-200/ 858  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 49 134   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371184923  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Alina Krupa-Hippner NZOZ Ośrodek Zdrowia w Przysietnicy                                  |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przysietnica/ 36-200/ Przysietnica 858   | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 13 43 491 34   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (153)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Bożena Barbara Przyczyna                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowy Dzikowiec/ 36-122/ ul. Wiosenna 12 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 60 55 36 417                            |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690497279                               |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia POZ                            |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowy Dzikowiec/ 36-122/ ul. Wiosenna 12 | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 177442178                               |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (154)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | "MEDICUS - DUKLA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dukla/ 38-450/ ul. Mickiewicza 17                         |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 30 328  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371091400   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Medicus-Dukla"                                      |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dukla/ 38-450/ ul. Trakt Węgierski 16                     | -                            | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 134330328   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                                      |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głójście/ 38-450/ Szkolna 25                              | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134330328   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (155)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Ewa Szypuła-Stąpor                            | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kolbuszowa Dolna/ 36-100/ 5                   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 60 50 62 898                                  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690576412                                     |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                               |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kolbuszowa Dolna/ 36-100/ ul. Tyszkiewiczów 5 | -                            | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 172272607 888480999                           |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |                                |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (156)</b> |   |                              |                                |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "A-W MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Kilińskiego 2   |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 64 83 814                           |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 651490276                              |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza poz                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWORSK/ 37-200/ ul. KILIŃSKIEGO 2   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 166483814                              |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - A-W-MED | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWORSK/37-200/ul. KILIŃSKIEGO 2     |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 166483814                              |                       | 28.04.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (157)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/ 36-200/ ul. Adama Mickiewicza 9   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 134343106  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371123420  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ NZOZ Promed   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/ 36-200/ ul. Mickiewicza 9   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134343106  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ w Krzemiennej   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dydnia/ 36-204/ Krzemienna 86  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 730777024  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ w Wesolej   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wesoła/ 36-233/ Wesoła 432A  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 664780379  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (158)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Teresa Undas Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DWÓJKA | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Krasickiego 1                         |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 60 01 18 440  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 691759445   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DWÓJKA              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Krasickiego 1                         |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 146700772   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (159)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | Jan Skrzypek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Consilium" | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gniewczyna Łańcucka/ 37-203/ 643                               |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 64 27 329   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 651477413  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia poz   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gniewczyna Łańcucka/ 37-203/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 643    |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 166427329  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (160)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Anna Zielińska-Śmietana Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GUMNISKA; | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gumniska/ 39-200/ 97  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 14 68 16 677  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 850524989   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Gumniska                                | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gumniska/ 39-200/ Gumniska 97   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 146816677   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (161)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |  |   |                       |   |
|---|--|---|-----------------------|---|
| nazwa:  |  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jawornik Polski s.c.                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Jawornik Polski/ 37-232/ 215  |                       |   |
| telefon/ telefony:  |  | 16 65 14 002  |                       |   |
| identyfikator REGON   |  | 651540519   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Gabinet lekarza POZ   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Jawornik Polski/ 37-232/ Jawornik Polski 215                                    |                       |   |
| telefon/ telefony   |  | 166514002   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Gabinet lekarza POZ   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Manasterz/ 37-230/ Manasterz 139  |                       |   |
| telefon/ telefony   |  | 166515161   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (162)</b> |  |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  |  | DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Warszawa/ 04-790/ ul. Trakt Lubelski 140/14 /4                                  |                       |   |
| telefon/ telefony:  |  | 228152007   |                       |   |
| identyfikator REGON   |  | 140616050   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   |                       |   |
| nazwa:  |  | Ośrodek Opieki Pospitalnej  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | SANOK/ 38-500/ ul. KONARSKIEGO 18   |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 228152007   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   | -                     | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (163)</b> |  |   |                       |   |
| nazwa:  |  | "SAN-MED" s.c.  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Przeworski/ 37-200/ ul. Tadeusza Kościuszki 2A                                  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| telefon/ telefony:  |  | 16 64 87 070  |                       |   |
| identyfikator REGON   |  | 651540212   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   |                       |   |
| nazwa:  |  | Punkt Szczepień   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Przeworski/ 37-200/ ul. Kościuszki 2a   |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 166487070   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (164)</b> |  |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  |  | MAREK FRYZLEWICZ  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rozbórz/ 37-200/ 599  |                       |   |
| telefon/ telefony:  |  | 16 64 87 548  |                       |   |
| identyfikator REGON   |  | 651540459   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   |                       |   |
| nazwa:  |  | Punkt szczepień   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rozbórz/ 37-200/ Rozbórz 599  |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 166487548   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   | -                     | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (165)</b> |  |   |                       |   |
| nazwa:  |  | CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rzeszów/ 35-073/ pl. Wolności 17  |                       |   |
| telefon/ telefony:  |  | 178592020   |                       |   |
| identyfikator REGON   |  | 691748068   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Poradnia lekarza rodzinnego   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rzeszów/ 35-073/ ul. Palc Wolności 17   |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 178592020   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Poradnia lekarza rodzinnego   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rzeszów/ 35-301/ ul. Zenitowa 5   |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 172305612   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Poradnia lekarza rodzinnego   | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Biażowa/ 36-030/ ul. Armii Krajowej 30  |                       |   |
| telefon/ telefon  |  | 172305600   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (166)</b> |  |   |                       |   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | "ZENON ZAWILSKI, WIESŁAW WITEK, DANUTA GRAMATYKA - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY" | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ Plac Mariacki 9  |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 24 02 705  |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 691742700   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ Plac Mariacki 9  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 172402705   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (167)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PILMEDIC Danuta Jasińska |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzegocice/ 39-223/ 126a                                      |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 14 68 17 220   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 690489185  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PILMEDIC                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pilzno/ 39-220/ ul. Legionów 28                                |                       |  |
| telefon/ telefony   | 146721077  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień Dobrków  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrków/ 39-220/ Dobrków 11                                    |                       |  |
| telefon/ telefony   | 146721035  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (168)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | FEN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 64     |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 601519381   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 181165568   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Specjalistyczna                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Konfederacji Dzikowskiej 18 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 158237451   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Powszechny Punkt Szczepień w Gorzycach              | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzycy/39-432/Pańska 1                             |                       |  |
| telefon/ telefony   | 502760950   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 24.05.2021   |

|   |  |                    |                      |
|---|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (169)</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021</b> | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (170)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" J. ZIĘBA, B. STAWIARZ, M. HETEL - SPÓŁKA JAWNA |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sandomierz/ 27-600/ ul. Portowa 30   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 15 832 32 03   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 830410735  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Szczepień  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ Aleja Warszawska 378   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 158323203  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (171)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | Barbara Nalepa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Barbara Nalepa |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Paszczyna/ 39-207/ 122A   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 14 68 34 670  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 850219140   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Zabiegowy NZOZ Barbara Nalepa                               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzeźnica/ 39-207/ Paszczyna 122a                                   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 146834670   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                    |                      |
|---|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (172)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:  | VIVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dukła/ 38-450/ ul. Słowacka 11               |                    |                      |
| telefon/ telefony:  | 13 43 30 011                                 |                    |                      |



|   |                                 |                       |  |
|---|---------------------------------|-----------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 383716730                       |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                 | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dukla/ 38-450/ ul. Słowacka 11  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 607533333                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                 | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaśliśka/ 38-485/ Jaśliśka      |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134310202                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                 | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iwla/ 38-450/ Iwla 20           |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134330004                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                 | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Równe/ 38-451/ ul. Długa 18     |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134333555                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                       |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (173)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED" w Tarnowcu Adrian Młotek | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnowiec/ 38-204/ 256  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 44 24 006  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371175210   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED                           | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnowiec/ 38-204/ Tarnowiec 256  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134424006   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Lekarzy POZ Łajsce   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łajsce/ 38-204/ Łajsce 140  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134423011   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |                                |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (174)</b> |  |                              |                                |
| nazwa:  | "RATOWNIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. Józefa Poniatowskiego 53     |                              |                                |
| telefon/ telefony:  | 16 621 71 57                                       |                              |                                |
| identyfikator REGON   | 650973771  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                              |                                |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                    | -                            | <b>POP</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. Poniatowskiego 53            |                              |                                |
| telefon/ telefony   | 166217157  |                              |                                |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |                                |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (175)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Centrum Promocji Zdrowia "SANVIT" Sp. z o.o.          | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/ 02-790/ ul. Mariana Sengera "Cichego" 16/2a |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 22 649 61 61  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 015219853   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | Centrum Promocji Zdrowia Sanvit                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Iwonicz Zdrój/ 38-440/ ul. ks. Jana Ręba 1            |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134350411   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Rehabilitacji i Odnowy "SANVIT"               | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Łazienna 1                         |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134655088   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |                                |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (176)</b> |  |                              |                                |
| nazwa:  | ALFAMED ANNA KAMIŃSKA I ROBERT NIEMIEC SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasionka/ 36-002/ 131  |                              |                                |
| telefon/ telefony:  | 602615204  |                              |                                |
|   |  |                              |                                |

|   |                                  |                       |  |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 691796937                        |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia ogólna                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 131   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 177723015                        |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia ogólna                  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stobierna/ 36-003/ Stobierna 393 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 177723840                        |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego      | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zaczerwie/ 36-062/ Zaczerwie 328 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 177712101                        |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (177)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LAUMED" BERNADETA AMAROWICZ, ANNA BAK, ALINA CYGAN, LILIANA KĘDZIERSKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. Grunwaldzka 58  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 67 91 269  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 651556673   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza poz   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. Grunwaldzka 58  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 166791269   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |                                  |                              |  |
|---|----------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (178)</b> |                                  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Anna Trznadel-Mozul              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lublin/ 20-726/ ul. Śląska 16    |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15-8763001                       |                              |  |
| identyfikator REGON   | 432724321                        |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ulanów/ 37-410/ ul. 3-go Maja 19 |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158763001                        |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (179)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | KONRAD JÓZEF MYSZOR                                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sieniawa/ 37-530/ ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 6 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 62 27 910                                       |                              |  |
| identyfikator REGON   | 651434591  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                    | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sieniawa/ 37-530/ ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 6 |                              |  |
| telefon/ telefony   | 166227910  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (180)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ALMED" ALICJA DACHOWSKA-ŁAPA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Edwarda Biernackiego 10                         |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 17 58 63 177  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 831306483   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZO Almed Poradnia Lekarza POZ                                      | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Edwarda Biernackiego 10                         |                              |  |
| telefon/ telefony   | 175863177   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (181)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.A.-MED Andrzej Sawicki |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/ 38-400/ ul. Hutnicza 20                                |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 42 02 830   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 370412799  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej S.A.-MED                 | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROSNO/ 38-400/ ul. HUTNICZA 20                                |                              |  |

|                           |           |  |            |
|---------------------------|-----------|--|------------|
| telefon/ telefony         | 134202830 |  | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu    |           |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu |           |  |            |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (182)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | MULTIMED S.C.                                |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wólka Pełkińska/ 37-511/ 277                 |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 16 62 24 313                                 |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180084023                                    |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia poz                                 | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wólka Pełkińska/ 37-511/ Wólka Pełkińska 277 |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166224313                                    |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |

|   |                                     |                           |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (183)</b> |                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | ANDRAMED Aleksandra Cikuj           |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. 3 Maja 19    |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 16 67 07 070                        |                           |  |
| identyfikator REGON   | 650176974                           |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA POZ                | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. 3-go Maja 19 |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166707070                           |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (184)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | NZOZ"MEDI-CENTR"S.C.                     |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Adama Mickiewicza 40 |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 17 58 62 378                             |                           |  |
| identyfikator REGON   | 690307267                                |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ                     | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Mickiewicza 40       |                           |  |
| telefon/ telefony   | 175862378                                |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   | <b>WYKREŚLENIE MIEJSCA 08.02.2021</b>    | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (185)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | EDYTA ŁUKASZEWSKA Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Rodzinna lek.med. Edyta Łukaszevska |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/ 36-200/ ul. Adama Mickiewicza 9   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 43 106   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180084945  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ  | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/ 36-200/ ul. Mickiewicza 9   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 134343106  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (186)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | GRAŻYNA TKACZYK MED-JAR                                      |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 65                              |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 16 62 48 699   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 651224793  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ MED-JAR   | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. 3-go Maja 65                           |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166248690  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia NOVA   | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 47b                             |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166210116  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia MED-JAR w Pawłosiowie                            | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pawłosiów/ 37-500/ Pawłosiów 62B                             |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166220040  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - przy Szkole Podstawowej Nr 11 |                           | <b>D&amp;D</b>                                     |

|   |  |   |            |
|---|--|---|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosław/ 37-500/ ul. Kraszewskiego 39 | - | 3          |
| telefon/ telefony                                 | 798936227                              |   | 3          |
| Data dodania do wykazu                            |  |   | 28.04.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |            |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (187)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | SPÓŁKA PRAWA CYWILNEGO PRZYCHODNIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY "PEDIATRIA" |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEMYŚL/ 37-700/ UL. ŚW. JANA NEPOMUCENA 32                          |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 16 67 02 443  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 651433597   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia POZ  | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. Św. Jana Nepomucena 32                         |                       |   |
| telefon/ telefony   | 797317915   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021                                  |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (188)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | "Agamed" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Agnieszka Bąk |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRASNE/ 36-007/ 746A   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 796600150  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 690646555  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                              | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krasne/ 36-007/ Krasne 746 A                                 |                       |   |
| telefon/ telefony   | 172824400  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021                                  |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (189)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE RODZINY" S.C.MARIA AMBRYSEWSKA BRZEŃ, MAŁGORZATA GNAT |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pysznica/ 37-403/ ul. Wolności 320   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 158410002  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 180162148  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Nr 1  | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PYSZNICA/ 37-403/ ul. Wolności 320   |                       |   |
| telefon/ telefony   | 158410002  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Nr 2  | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASTKOWICE/ 37-403/ ul. Armii Krajowej 18  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 158410309  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021                                  |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (190)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | MAŁECKI, WOŹNICA, LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA    |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sarzyna/ 37-310/ ul. Azalii Pontyjskiej 1A |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 172413235                                       |                       |   |
| identyfikator REGON   | 180153333                                       |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Szczepień                               | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sarzyna/ 37-310/ ul. Azalii Pontyjskiej 1A |                       |   |
| telefon/ telefony   | 509907373                                       |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021                                  |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (191)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | "PRO FAMILIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasionka/ 36-002/ 297E                                |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 17 77 23 303  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 180185801   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                       | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 593                        |                       |   |
| telefon/ telefony   | 177722607   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                       | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebowniko/ 36-001/ Trzebowniko 946                  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 177723303   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (192)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LUBATOWA" MAŁGORZATA PAJĄK I BEATA KUCCA-JURCZAK SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubatowa/ 38-440/ 66A   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 50 240  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180187190   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubatowa/ 38-440/ Lubatowa 287A   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 669978792   | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (193)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | MEDYCYNĄ - BARBARA I ZBIGNIEW WCISŁO SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Domaradz/ 36-230/ 353                             |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 47 999                                      |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180056080   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Przychodnia POZ                                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 359                    |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134347999   | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (194)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | ADAM PILNY NZOZ PILNY-MED                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łęki Dukielskie/ 38-456/ 66                 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 17 505                                |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370352608                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy                           |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łęki Dukielskie/ 38-456/ Łęki Dukielskie 66 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134317505                                   | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (195)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MACHÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Strefowa 2   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 85 54 791   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180227190  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                    |   |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Strefowa 2   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 15854793   | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (196)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | LUMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 16  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 16 63 22 085                                  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 651554467                                     | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Lumed sp zo.o.                                |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubaczów/ 37-600/ ul. Kopernika 1             |                    |   |
| telefon/ telefony   | 166321004                                     | -                  | POP   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                  |                |   |
|---|----------------------------------|----------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                  | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LUmed sp zo.o.                   |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleszyce/ 37-630/ ul. Zielona 4c |                |   |
| telefon/ telefony                                 | 166315564                        |                |   |
| Data dodania do wykazu                            |                                  | -              | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                | 1   |
|   |                                  |                | 08.03.2021                                  |

|   |   |                |   |
|---|---|----------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Lumed Sp zo.o.                          |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stary Dzików/ 37-632/ ul. Kościuszki 72 |                |   |
| telefon/ telefony                                 | 166318010                               |                |   |
| Data dodania do wykazu                            |   | -              | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                | 1   |
|   |   |                | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |                      |
|---|---|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (197)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:  | "Vitae" - Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej - Danuta Dziuba |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żofynia/ 37-110/ ul. Adama Mickiewicza 75                       |                    |                      |
| telefon/ telefony:  | 697692899   |                    |                      |
| identyfikator REGON   | 691791176   |                    |                      |

|   |                              |                       |  |
|---|------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                              | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza rodzinnego   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żoźnia/ 37-110/ ul. Rynek 17 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 172243741                    |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |                              |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                       |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (198)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | ZDZIŚLAW SZAFRAN CENTRUM MEDYCZNE DYNMED |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dynów/ 36-065/ ul. Rynek 10              |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 16 65 21 485                             |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180265871                                |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                          | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DYNÓW/ 36-065/ ul. RYNEK 10              |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 166521485                                |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (199)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Wiesława Lasik - Leśniak Centrum Zdrowia L - Med Kołaczyce Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczny Gabinet Lekarski Wiesława Lasik-Leśniak |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Burmistrza Wiejowskiego 22A   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | +48 60 80 31 378   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 370217075  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA L-MED KOŁACZYCE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Burmistrza Wiejowskiego 22 A  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134410232  |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (200)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamień/ 36-053/ 313  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 502699725  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180300426  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SP. Z O.O.                              | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzyszów/ 37-418/ ul. Rynek 32                                   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 502699725  |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SP. Z O.O.                              | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamień/ 36-053/ Kamień 313                                       |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 502699725  |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (201)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA "NASZE ZDROWIE - NIWIŃSCY" Artur Niwiński |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzyszów/ 37-418/ ul. Stolarska 1                     |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 15 87 98 753  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180257222   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej                           | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZYSZÓW/ 37-418/ ul. Stolarska 1                     |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 158798753   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (202)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Teresa Ziemińska - Siuta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Domaradzu |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Domaradz/ 36-230/ 327  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 47 011   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180325716  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ Ośrodek Zdrowia w Domaradzu   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 327   |                           | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 607350101  |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia POZ   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 327   |                           |  |



|                           |           |  |            |
|---------------------------|-----------|--|------------|
| telefon/ telefony         | 607350101 |  | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu    |           |  | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu |           |  |            |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (203)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" J. WAŚKO, R. MARC SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Solidarności 11   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 74 53 666  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180343542   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Solidarności 11   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 177453666   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (204)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY FRANCISZEK DZIUBAN, TOMASZ ŚLĘZAK I PARTNERZY" |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrów/ 39-103/ 121   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 22 35 769  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180363800   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia POZ  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrów/ 39-103/ Ostrów 121  |                    |   |
| telefon/ telefon  | 172235769   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia POZ  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamionka/ 39-122/ Kamionka 151a   |                    |   |
| telefon/ telefon  | 172233129   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (205)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "DORMED" SPÓŁKA JAWNA DOROTA I PAWEŁ BRZÓZOWSCY    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-500/ ul. Stanisława Kopystyńskiego 15 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48606443754  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180259190  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                        | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sieniawa/ 37-530/ ul. Sobieskiego 7                |                    |   |
| telefon/ telefon  | 166228329  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                        | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chłopice/ 37-561/ Chłopice 236                     |                    |   |
| telefon/ telefon  | 690019040  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (206)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KORMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 141/7                                    |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 16 63 20 310   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 363618894  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | KORMED CENTRUM MEDYCZNE  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 141/7                                    |                    |   |
| telefon/ telefon  | 166320310  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa przy szkole Sportowej w Cieszanowie   | -                  | <b>PSP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowe Siotło/37-611/ ul. Mickiewicza 73   |                    |   |
| telefon/ telefon  | 166320310  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 29.04.2021                                  |

|   |   |                    |                      |
|---|---|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (207)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:  | Gabinet Stomatologiczny dr n. med. Paweł Nalepa, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pod Jesionem" dr n. med. Paweł Nalepa |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pilzno/ 39-220/ ul. 3 Maja 51   |                    |                      |
| telefon/ telefony:  | 14 68 12 266  |                    |                      |
| identyfikator REGON   | 850444144   |                    |                      |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia w Zawadzie                               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawada/ 39-200/ ul. Zawada 208a                      |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 146775092  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Róża                                     | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Róża/ 39-216/ Róża 142b                              |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 146812266  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Dębica Latoszyn Zdrój | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Latoszyn/39-200/Latoszyn 139A                        |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 729 835-765 729 835-766                              |                       | 22.04.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Pilzno TG Sokół       | -                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pilzno/39-220/ul. Legionów 31                        |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 729 835-764  |                       | 05.05.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                       | 04.03.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (208)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA WOJASZÓWKA VISMED GRAŻYNA SITKO MAREK ZIAJÓR NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojaszkówka/ 38-471/ 31B   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 85 027   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180344240  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia w Wojaszówce   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojaszkówka/ 38-471/ ul. Wojaszkówka 31B   |                           | <b>4</b>   |
| telefon/ telefony   | 134385027  |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (209)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Małgorzata Gofryk-Lewiarz Prywatna Praktyka Lekarska, "Al-Ma-Med" |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. 3 Maja 1                                   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 16 679 00 87  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 650884599   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. 3 Maja 1                                   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 166790087   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (210)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | "JEDYNKA" E.GAWLIK-URYASZ, M.FABROWICZ, M.NOWOTARSKA-DUL LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Kolejowa 9  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 14 68 08 760  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 180496808   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza poz  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Kolejowa 9  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 146808760   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (211)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet POZ Zenon Dul |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Róża/ 39-216/ 186A  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 14 68 10 999  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 850070241   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Gabinet POZ  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Róża/ 39-216/ Róża 186a                                     |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 146810999   |                           | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 30.04.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (212)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CZAR-MED S.C. HANNA I PIOTR DOBRÓDZCY | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna/ 39-215/ ul. Konarskiego 3   |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 61 095  |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 180568695   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Czar-Med"                            | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna/ 39-215/ ul. Konarskiego 3   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 146761095   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (213)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | BEATA HAJNUS CENTRUM MEDYCZNE BIESZCZADY; FULL-BUD |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myczków/ 38-610/ 51                                |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 69 11 81 934, 13 33 35 421                         |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180527348  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Filia Punkt szczepień POZ                          | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myczków/ 38-610/ Myczków 51                        |                       |  |
| telefon/ telefony   | 133335421  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021   |

|   |                                      |                       |  |
|---|--------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (214)</b> |                                      | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | NZOZ ANI-MED Anna Szpak              |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielanówka/ 35-106/ 35/36            |                       |  |
| telefon/ telefony:  | + 48 17 74 01 112                    |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180505571                            |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                      | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ ANI-MED                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielanówka/ 35-106/ Kielanówka 35/36 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 177401112                            |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |                                      |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                      |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (215)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-605/ ul. Bławatkowa 13  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 178501413   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180696803   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna Nr 1   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-006/ ul. Siemiradzkiego 4   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 178533576   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-326/ ul. Graniczna 4b/2b  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172299222   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Zgłobniu  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgłobień/ 36-046/ Zgłobień 67A  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 178501414   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Niechobrzu  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niechobrz/ 36-047/ Niechobrz 795  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 178501407   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (216)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | GRUPOWA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA BAN-MED MAREK BANAŚ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzechów/ 38-100/ 478A   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 17 27 66 366   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180140862  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Ban-Med  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzechów/ 38-100/ Dobrzechów 466 A   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172766366  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       | 08.03.2021   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (217)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO ELMED ELŻBIETA NOWAK-BEREŚ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nagawczyna/ 39-200/ 24A  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 14 69 69 988   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 691553212  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                    |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nagawczyna/ 39-200/ Nagawczyna 24A                               |                    |   |
| telefon/ telefony   | 146969988  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | <b>1</b>                                    |
|   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (218)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK S.C. JANINA TOCZEK, SEWERYN TOCZEK, SAMANTA TOCZEK |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Czesława Tańskiego 2   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 58 26 591   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180751063  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                    |   |
| nazwa:  | NZOZ Medyk sc  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 175826591  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | <b>1</b>                                    |
|   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (219)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZDROWIA dr n. med. Marta Leszczyńska |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębowiec/ 38-220/ 81                             |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 47 91 398                                     |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370386659  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                    |   |
| nazwa:  | Poradnia Ogólna                                  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębowiec/ 38-220/ Dębowiec 825                   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134791398  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | <b>3</b>                                    |
|   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                                 |                    |                      |
|---|--|---------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (220)</b> |  | WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|---------------------------------|--------------------|----------------------|

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (221)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA GRZEGORZ KARCZMARCZYK |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Katowice/ 40-750/ ul. Bukszpanowa 2 K                |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 502628964  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 277573600  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                    |   |
| nazwa:  | Poradnia Rodzinna"GK-MED"                            |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jodłowa/ 39-225/ Jodłowa 25                          |                    |   |
| telefon/ telefony   | 146726323  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  | -                  | <b>POP</b>                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | <b>1</b>                                    |
|   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                     |                    |   |
|---|-------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (222)</b> |                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRO-MMED TEJCHMA MAŁGORZATA         |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Jana Matejki 17 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 77 99 156                        |                    |   |
| identyfikator REGON   | 690718384                           | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     |                    |   |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                     |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Jana Matejki 17 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 177799156                           |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                     | -                  | <b>POP</b>                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                    | <b>1</b>                                    |
|   |                                     |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                                |   |   |
|---|---|--------------------------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (223)</b> |   | szczenie personelu             | szczenie populacyjne                        |   |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Janusz Kindelski |                                |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasienica Rosielna/ 36-220/ 312                     |                                |   |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 06 009  |                                |   |   |
| identyfikator REGON   | 180293703   | rodzaj punktu*                 | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                                |   |   |
| nazwa:  | Gabinet Lekarski ZOZ Zdrowie                        |                                |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasienica Rosielna/ 36-220/ Jasienica Rosielna 312  |                                |   |   |
| telefon/ telefony   | 134306009   |                                |   |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                              | <b>POP</b>                                  |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                                | <b>1</b>                                    |   |
|   |   |                                | 08.03.2021                                  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | WYKREŚLIENIEMIEJSCA 12.02.2021 | rodzaj punktu*                              | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (224)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA MOLMEDIC PRAKTYKA LEKARSKA BMM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chmielów/ 39-442/ ul. Górka 108   |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 15 846 11 17  |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 180806002   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA MOLMEDIC PRAKTYKA LEKARSKA BMM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chmielów/ 39-442/ Górka 108   |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 158461117   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (225)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | "MEDICSAN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowosielce/ 38-533/ ul. św. Floriana 2             |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 134672420  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180808136  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zarszyn/ 38-530/ ul. Podkarpacka 6                 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134671017  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowosielce/ 38-533/ ul. św. Floriana 2             |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134672028  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (226)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANUS" Joanna Stefańska |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czerzeż/ 38-500/ 175   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 60 21 53 866   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180658783  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prusiek/ 38-500/ Prusiek 44                                    |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 602153866  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (227)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | "Lekarz Rodzinny" Mariusz i Mateusz Kocój spółka cywilna |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŻAJSK/ 37-300/ ul. HUGO KOŁĄTAJA 2                     |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 17 242 11 79   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180779305  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet szczepień  | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/ 37-300/ ul. H. Kołłątaja 2                      |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 172421179  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (228)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | VITA - FAMILIA Medycyna Rodzinna Monika Gaszczyk |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnawa Górna/ 38-516/ 80                        |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 60 52 05 717                                     |                       |  |
| identyfikator REGON   | 370474731  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                             | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnawa Górna/ 38-500/ Tarnawa Górna 80          |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 605121016  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (229)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Skłodowskiej-Curie 10                          |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 17 78 00 595   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180871548  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medycyny Rodzinnej   | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIELEC/ 39-300/ ul. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 10                          |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 177800595  |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (230)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | ZOŁA-MED Lesław Zoła                                |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 19 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 60 09 71 172  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370055253   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska                                | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Kraszewskiego 19                 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134428257   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (231)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | TARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 165C |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 82 38 768                                      |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180952270   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy                                 | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Kopernika 25              |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158225218   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (232)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | VITAL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/ 37-200/ ul. Niepodległości 59            |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 69 68 29 068  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 241567740   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | VITAL-MED Przychodnia                               | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/ 37-200/ ul. Niepodległości 59            |                    |   |
| telefon/ telefony   | 696831779   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (233)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "ANT-MED" Magdalena Filip-Dziurzyńska |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żoźnia/ 37-110/ ul. Białobrzaska 13a                   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 22 40 059   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180633286  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "ANT-MED"                             | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żoźnia/ 37-110/ ul. Białobrzaska 13a                   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172240059  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (234)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARSKA PULS 1 ŁUKASIEWICZ I PARTNERZY |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNOBRZEG/ 39-400/ ul. 1 Maja 11              |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 82 29 288                                   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 181013806                                      |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza Rodzinnego                    | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. 1Maja 11               |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158229288                                      |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                     |                    |   |
|---|-------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (235)</b> |                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Bożena Krochmal    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zręcin/ 38-406/ ul. Łukasiewicza 18 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 13 43 11 898                        |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180448057                           |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                     | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zręcin/ 38-457/ ul. Łukasiewicza 18 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 512039961                           |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (236)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/ 02-676/ ul. Postępu 21 C              |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 224504500                                       |                    |   |
| identyfikator REGON   | 140723603                                       |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LX Mielec - Wojska Polskiego 3                  |                    | <b>POP</b>                                  |



|   |  |                |   |
|---|--|----------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Wojska Polskiego 3 | -              | POP   |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 22 849                           |                | 1   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                | 08.03.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LX Rzeszów - Al. Kopisto 1             |                | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-315/ Al. Kopisto 1         | -              | 1   |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 22 849                           |                | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LX Rzeszów - Jabłońskiego 2/4          |                | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-068/ ul. Jabłońskiego 2/4  | -              | 1   |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 22 849                           |                | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                |   |

|   |                              |                    |   |
|---|------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (237)</b> |                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | SUCH-MED Such Przemysław     |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Besko/ 38-524/ 1A            |                    |   |
| telefon/ telefony   | 13 46 73 723                 |                    |   |
| identyfikator REGON   | 360441998                    |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                              | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Such-Med |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Besko/ 38-524/ ul. Błonie 1A | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 134673723                    |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |                              |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                              |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (238)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Aurelia Czech-Kobyłko Centrum Medyczne „Rel-Med,, |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Laszki/ 37-543/ 35A                               |                    |   |
| telefon/ telefony   | 16 624 13 37                                      |                    |   |
| identyfikator REGON   | 361120084   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medyczne „REL-MED,,                       |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Laszki/ 37-543/ Laszki 35a                        | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 166241337   |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (239)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE ESKULAP B I J HAJNUS SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Krakowska 76                    |                    |   |
| telefon/ telefony   | 133335008  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 362100333  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Eskulap                           |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Krakowska 76                    | -                  | 2   |
| telefon/ telefony   | 133335008  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (240)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | "CENTRUM MEDYCZNE BMS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA" Z SIEDZIBĄ W MAJDANIE KRÓLEWSKIM |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Majdan Królewski/ 36-100/ ul. Rynek 21   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158555151  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 362197730  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczyepień   |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Majdan Królewski/ 36-110/ ul. Rynek 21   | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 604530226  |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |                                      |                    |   |
|---|--------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (241)</b> |                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Miłosz Dytkowski - Praktyka Lekarska |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 5    |                    |   |
| telefon/ telefony   | 13 46 92 021                         |                    |   |
| identyfikator REGON   | 181158918                            |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                      | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia poz                         |                    | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 5    | -                  | 1   |
| telefon/ telefony   | 782430486                            |                    | 08.03.2021                                  |
| Data dodania do wykazu  |                                      |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                      |                    |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (242)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz" Dariusz Chmiel                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Annopol/ 23-235/ ul. Leśna 1  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 -8613436   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 430931458   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radomyśl nad Sanem/ 37-455/ ul. Lubelska 2  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158454303   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Antoniów/ 37-455/ ul. Antoniów 47   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158453305   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zdziechowice Drugie/ 37-470/ ul. Zdziechowice Drugie 221                          |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158381122   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (243)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | GABINET LEKARSKI LEK.MED.SZPUNAR STANISŁAW  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarna/ 37-125/ 262B  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 17 22 62 211  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 690531094   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | GABINET LEKARSKI LEK.MED.SZPUNAR STANISŁAW  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarna k/Łańcuta/ 37-125/ ul. Czarna 262B   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 172262211   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (244)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 8/30                                   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48177734944   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 366076086   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | REMMED CENTRUM MEDYCZNE   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 8/30                                   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 177734944   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (245)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | S-MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcza-Mysłowskiego 5B                             |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 146396200   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 368427584   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcza-Mysłowskiego 5b                             |                    |   |
| telefon/ telefony   | 146396200   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (246)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | BACHMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraczkowa/ 37-124/ 261  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 600285173   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 383341690   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FABAMED                                     |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraczkowa/ 37-124/ Kraczkowa 285  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 600285173   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   | -                  | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (247)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA PARKOWA K.KOZYRA, A.SULKOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                       |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-609/ ul. Kombatantów 27/1   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 790813560   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 382834960   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                    |   |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA PARKOWA   |                    |   |
|   |   |                    |   |
|   |   |                    |   |
|   |   |                    | POP   |

|   |   |   |            |
|---|---|---|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-328/ ul. Paderewskiego 51 lokal U1d | - | POP        |
| telefon/ telefony                                 | 790813560                                       |   | 2          |
| Data dodania do wykazu                            |   |   | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |            |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (248)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA DAR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/ 36-200/ ul. Rzeszowska 14a  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 695577975  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 383950740  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | DAR-MED-CENTRUM MEDYCZNE   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZOZÓW/ 36-200/ ul. 3 MAJA 41   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 695577975  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
|   |  |                    | 2   |
|   |  |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                       |                    |   |
|---|---------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (249)</b> |                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | FORTITUDO SPÓŁKA CYWILNA              |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-317/ ul. Jana Pawła II 94 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 607977370                             |                    |   |
| identyfikator REGON   | 381286580                             |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                       | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ                  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-317/ ul. Jana Pawła II 97 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 723002700                             |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                       |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                       |                    |   |
|   |                                       |                    | 1   |
|   |                                       |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (250)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Andrzej Witold Kucharzyk                                    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Stokowa 13                      |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 134611275   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370477882   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Internistyczny Gabinet Lekarski lek. med. Andrzej Kucharzyk | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 53                 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 723342021   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
|   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (251)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Maria Antonina Kucharzyk                    |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Stokowa 13      |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 134613292                                   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370477876                                   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska lek.med Maria Kucharzyk   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 53 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 723 342 021                                 |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
|   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (252)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Urszula Anna Kuciel-Dębek                             |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Witolda Gombrowicza 17/15 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 134613353   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370478410   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA URSZULA ANNA KUCIEL-DĘBEK           | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | USTRZYKI DOLNE/ 38-700/ ul. 29LISTOPADA 53            |                    |   |
| telefon/ telefony   | 723342021   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
|   |   |                    | 1   |
|   |   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |                                   |                    |   |
|---|-----------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (253)</b> |                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Bogusław Bukrej                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowotaniec/ 38-505/ 123           |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 604231447                         |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370396008                         |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Bogusław Bukrej                   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowotaniec/ 38-505/ Nowotaniec 93 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 604231447                         |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                   |                    |   |
|   |                                   |                    | 1   |
|   |                                   |                    | 08.03.2021                                  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (254)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | Maria Anna Trojnar  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Albigowa/ 37-122/ Albigowa 661                                |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 606901936   |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 690679891   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Podstawowej Opieki Zdrowotnej lek. med. Maria Trojnar | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Albigowa/ 37-122/ Albigowa 815                                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 606901936   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 1  |
|   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |                                     |                       |  |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (255)</b> |                                     | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Dorota Jadwiga Reizer               |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Kopernika 4 B   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 172258444                           |                       |  |
| identyfikator REGON   | 690091241                           | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | -                     | <b>POP</b>   |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                     |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Piłsudskiego 10 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172258444                           |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                       | 1  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                       | 08.03.2021   |

|   |                                     |                       |  |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (256)</b> |                                     | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Witold Piotr Reizer                 |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Kopernika 4 B   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 172258444                           |                       |  |
| identyfikator REGON   | 691417495                           | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | -                     | <b>POP</b>   |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                     |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ ul. Piłsudskiego 10 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172258444                           |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                       | 1  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (257)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Fryderyk Jan Urban                                      |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Roztoki/ 38-204/ Tarnowiec 123                          |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 502288284   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 371159285   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | -                     | <b>POP</b>   |
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Lekarza Rodzinnego Urban Fryderyk |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Roztoki/ 38-204/ Roztoki 123                            |                       |  |
| telefon/ telefony   | 502288284   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |                                 |                       |                         |
|---|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (258)</b> | WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (259)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Małgorzata Anna Szczęch                           |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/ 37-100/ Wola Dalsza 319                   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 177726875   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180065675   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | -                     | <b>POP</b>   |
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Lekarska Małgorzata Szczęch |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Medynia Głogowska/ 37-126/ Medynia Głogowska 557  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 177726875   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (260)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | "UZDROWISKO HORYNIEC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Horyniec-Zdrój/ 37-620/ ul. Sanatoryjna 3                     |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 166313088   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 000781032   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | -                     | <b>POP</b>   |
| nazwa:  | Przychodnia uzdrowiskowa                                      |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HORYNIEC-ZDRÓJ/ 37-620/ ul. SANATORYJNA 3                     |                       |  |
| telefon/ telefony   | 166313088   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 1  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       | 08.03.2021   |

|   |   |                       |                         |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (261)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa:  | "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KLAUDIUSZ SUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 10  |                       |                         |
| telefon/ telefony:  | 14 681 77 66  |                       |                         |
| identyfikator REGON   | 383744471   |                       |                         |

|   |                                  |                       |  |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska             | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 10 |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 146817766                        |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (262)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Tomasz Krzysztof Kwiatkowski                            |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyski/ 37-700/ ul. Monte Cassino 16B/96             |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 604120222   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 651438057   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarski  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/ 37-700/ ul. 3-go maja 47B (II piętro pokój 3) |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 604120222   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (263)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PODKARPACKIE CENTRUM LECZENIA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH MEDICARPATHIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 48795795740   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 366060961   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Podkarpackie Centrum Leczenie Chorób Cywilizacyjnych MEDICARPATHIA  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 1  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 795795577   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (264)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-083/ ul. Rymanowska 3  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15 823 23 23   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690679626  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet pielęgniarki   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Konfederacji Dzikowskiej 14  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 723112323  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (265)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | AQUA-MED Mateusz Ordon                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Adama Mickiewicza 73 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 516252446                                    |                              |  |
| identyfikator REGON   | 367817722                                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Mickiewicza 73       |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 516252446                                    |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Jana Pawła II 2a   |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 516252446                                    |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (266)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Amicus" s.c.          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Korczyna/ 38-420/ ul. Parkowa 8                              |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 43 54 518   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 370479088  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AMICUS”s.c. Korczynie | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Korczyna/ 38-420/ Parkowa 8                                  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 134354518  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (267)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |  |   |                    |   |
|---|--|---|--------------------|---|
| nazwa:  |  | CENTRUM MEDYCZNE SABAMED DAKER AL SOORI, BOŻENA AL SOORI<br>SPÓŁKA JAWNA  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rzeszów/ 35-006/ ul. Henryka Siemiradzkiego 6   |                    |   |
| telefon/ telefony:  |  | 503013644   |                    |   |
| identyfikator REGON   |  | 180262200   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Centrum Medyczne Sabamed Rzeszów  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Rzeszów/ 35-006/ Siemiradzkiego 6   |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 17 85 06 280  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Centrum Medyczne Sabamed Krasne   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Krasne/ 36-007/ Krasne 33   |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 17 857 60 26  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (268)</b> |  |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  |  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"BIELMED"LUCJAN BIELATOWICZ, MAŁGORZATA KAMIŃSKA-BIELATOWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 5   |                    |   |
| telefon/ telefony:  |  | 14 68 19 781  |                    |   |
| identyfikator REGON   |  | 370479088   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | NZOZ Bielmed Lucjan bielatowicz, Małgorzata Kamińska Bielatowicz spółka Partnerska Lekarzy                                    | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 5   |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 577 954 730   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Punkt Szczepień Powszechnych - BIELMED  | -                  | PSP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Radomyśl Wielki/39-310/ul. Armii Krajowej 5   |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 577 954 730   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (269)</b> |  |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  |  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PUSTKÓW - OSIEDLE"   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Pustków-Osiedle/ 39-206/ Pustków-Osiedle 36B  |                    |   |
| telefon/ telefony:  |  | 146821616   |                    |   |
| identyfikator REGON   |  | 690644817   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PUSTKÓW - OSIEDLE"   | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Pustków-Osiedle/ 39-206/ Pustków-Osiedle 36b  |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 146821616   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (270)</b> |  |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  |  | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MAJDANIE KRÓLEW.  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Majdan Królewski/ 36-110/ ul. Strażacka 4   |                    |   |
| telefon/ telefony:  |  | 15 84 71 010  |                    |   |
| identyfikator REGON   |  | 830222703   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Poradnia Lekarza POZ nr 1 MAJDAN KRÓLEWSKI  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | MAJDAN KRÓLEWSKI/ 36-110/ STRAŻACKA 4   |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 15-8471010  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (271)</b> |  |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  |  | Marcin Artur Kurasz   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Sanok/ 38-500/ Kochanowskiego 22  |                    |   |
| telefon/ telefony:  |  | 534030959   |                    |   |
| identyfikator REGON   |  | 181056170   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  |  | Punkt Szczepień w Bukowsku  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Bukowsko/ 38-505/ Bukowsko 290  |                    |   |
| telefon/ telefony   |  | 534030959   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (272)</b> |  |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  |  | Włodzimierz Stanisław Ziemiński   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Jarosław/ 37-500/ ul. Ludwika Solskiego 19  |                    |   |



|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 664244644   |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 650058921   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Prywatny Specjalistyczny Gabinet Lekarski Włodzimierz Ziemiński | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10a                               |                       | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 664244644   |                       | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (273)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI PODKARPACKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY IM.PROF.EUGENIUSZA BRZEZICKIEGO W ŻURAWICY | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żurawica/ 37-710/ ul. Różana 9   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 67 23 003, 16 67 13 000   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 000308620  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy                                 | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żurawica/ 37-710/ Różana 9   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 16 67 23 003, 16 67 13 000   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (274)</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | MRUKMED 2. LEKARZ BEATA MADEJ-MRUK I PARTNER. SPÓŁKA PARTNERSKA. | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-242/ ul. Partyzantów 30A                             |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 17 853 07 28   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 180377877  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Mrukmed Langiewicza  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-021/ Langiewicza 46                                  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 17 8502 451  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (275)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | STOWARZYSZENIE ROZWOJU DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Moczary/ 38-700/ Moczary 41                       |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 134613483   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 180026296   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień NZOZ Moczary w Ustrzykach Dolnych | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. I Maja 14             |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 697162833   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień NZOZ Moczary w Ropience           | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ropienka/ 38-711/ Ropienka 111                    |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 697162327   |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (276)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SALUS" w Przeworsku s.c. | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/ 37-200/ ul. Tadeusza Kościuszki 2A                   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 64 21 289  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 651418184   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Tryńcy  | <b>P</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tryńcza/ 37-204/ Tryńcza 375                                    |                              |  |
| telefon/ telefony   | 16-642-12-89  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   | 08.03.2021                   |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (277)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | NIS-MED Spółka Cywilna Wojciech Gołacki, Janusz Madoń, Wiesława Mazur-Gołacka | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ ul. Ignacego Paderewskiego 18                                  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15 84 10 653  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 831223337   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | punkt szczepień   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/ 37-400/ Paderewskiego 18   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 15 84 10 653  |                              | 08.03.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |   |            |
|---|--|---|------------|
| nazwa:  | punkt szczepień NIS-MED Spółka Cywilna | - | <b>POP</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowosielec/ 37-400/ brak 134           |   | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 14 098                           |   | 08.03.2021 |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |            |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (278)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, NZOZ Family Med Robert Baldos |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Kościuszki 31   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 603883760   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 812079243   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | NZOZ FAMILY MED   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gawłuszowice/ 39-307/ Gawłuszowice 6c   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 175819124   |                              | 01.04.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (279)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Jana Pawła II 38   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 46 49 071  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 371034566   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZDROWIA NR 1  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SANOK/ 38-500/ BŁONIE 5   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 733036510   |                              | 17.05.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (280)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-006/ ul. Jana Styki 21            |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 17 85 21 658                                  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 040012153                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | Punkt szczepień Caritas                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów Małopolski/ 36-060/ Bolesława Prusa 29 |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 789163765                                     |                              | 17.05.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (281)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICA-1, BEATA JURCZAK-MALINOWSKA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Obozowa 57, 01-161 Warszawa  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 134302261  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 140038132  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                              |  |
| nazwa:  | NZOZ Medica-1  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Targowiska/38-430/ Armii Krajowej 25                                     |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 134302261  |                              | 24.05.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (282)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROF-MED" BIAŁEK EWA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jana Pawła II 4, 39-460 Nowa Dęba                           |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 158464313   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 831198183   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   |                              |  |
| nazwa:  | PORADNIA PEDIATRYCZNA NOWA DĘBA                             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Dęba/39-460/Jana Pawła II 4                            |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 881750707   |                              | 24.05.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |                                |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (283)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | VELOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sportowa 7, 37-522 Wiązownica                   |                              |                                |
| telefon/ telefony:  | 166218757                                       |                              |                                |
| identyfikator REGON   | 180935633                                       |                              |                                |

|   |                            |                       |  |
|---|----------------------------|-----------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                            | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DANFARMMED PUNKT SZCZEPIEŃ | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZÓWSKO/37-522/SPORTOWA 7  |                       | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony                                 | 166218757                  |                       | 24.05.2021   |
| Data dodania do wykazu                            |                            |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                            |                       |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (284)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Teresa Komsa                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/39-400/ul.Hieronima Dekutowskiego 3/23 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 602350102   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 831380730   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Teresa Komsa  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/39-400/ul. Targowa 5/15                |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 602350102   |                              | 11.06.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (285)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | FARMA 2 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tychy/ 43-100/ul. Fabryczna 45                  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 48 71 799 46 00                                 |                              |  |
| identyfikator REGON   | 430932759                                       |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dr.Max  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-025/ul. Lisa-Kuli 19b                |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 17 859 04 85                                    |                              | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (286)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | ALICANTEE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/30-668/ ul. Włotowa 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 48 17 583 96 70  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 120363853  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/Aleja Niepodległości 1                                 |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 730234270  |                              | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/37-200/ul. Krasickiego 2/1                                 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 728777939  |                              | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (287)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Domowa Opieka Paliatywna DAR-MED Jolanta Leń |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/38-200/ul. 3-go Maja 41  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 13 434 31 22   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 180079134  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka ogólnodostępna DAR-MED.   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/36-200/ul. 3-go Maja 41  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 13 307 03 33   |                              | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |                                   |                              |  |
|---|-----------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (288)</b> |                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | KARAKUŁA SPÓŁKA JAWNA             |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŻAJSK/37-300/ul. MICKIEWICZA 66 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 48507190155                       |                              |  |
| identyfikator REGON   | 180180318                         |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | APTEKA POD KASZTANAMI             | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŻAJSK/37-300/ul. MICKIEWICZA 66 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 17 242 61 27                      |                              | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |                                   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                   |                              |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (289)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | APTEKA NOVA KINGA RADOŃ                 |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sandomierz/27-600 /Kobierniki 115       |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 48507174555                             |                           |  |
| identyfikator REGON   | 260010899                               |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka NOVA                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Dąbrowskiego 4  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 17 842 33 02                            |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Nova                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/38-400/ul. Warszawska 378    |                           |  |
| telefon/ telefony   | 511571555                               |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Nova                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA DĘBA/39-460/ul. Jasna 7            |                           |  |
| telefon/ telefony   | 690500899                               |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka NOVA                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNOBRZEG/39-400/UL. Mickiewicza 4     |                           |  |
| telefon/ telefony   | 696207005                               |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Nova                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/37-400/ul. Sandomierska 37        |                           |  |
| telefon/ telefony   | 500538866                               |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka NOVA                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Okulickiego 110 |                           |  |
| telefon/ telefony   | 510001356                               |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (290)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | GRUPER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW/31-038 /ul. STAROWIŚLNA 1                                  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 48728780430   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 351590946   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                           | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul. Kolejowa 44                                     |                           |  |
| telefon/ telefony   | 728780430   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                           | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul. Kolejowa 18                                     |                           |  |
| telefon/ telefony   | 728780430   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
|   |   |                           | 08.07.2021<br>ponowny wpis od 18.10.2021           |
|   |   |                           | 18.08.2021   |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (291)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | RADOŃ & BRZOSTOWSKA SPÓŁKA JAWNA                   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sędziszów Małopolski/39-120/ul. Niepodległości 53  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 48 17 722 23 00                                    |                           |  |
| identyfikator REGON   | 363031870  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Nova  | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sędziszów Małopolski/39-120/ul. Jana Pawła II 54 a |                           |  |
| telefon/ telefony   | 17 722 23 00                                       |                           |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
|   |  |                           | 02.07.2021   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (292)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | APTEKA MCGEM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GDAŃSK/80-309/AL. GRUNWALDZKA 411                    |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48606776402  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 363105031  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | APTEKA GEMINI  | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/Al. Jana Pawła II 10             |                    |   |
| telefon/ telefony   | 15 843 93 00   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Gemini  | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Targowa 2                    |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158233379  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (293)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | APTEKA "POD GWIAZDĄ I" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/37-300/ ul. Adama Mickiewicza 22                       |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48604567683  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 366219396  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Pod Gwiazdą   | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sarzyna/37-310/ul. Azalii Pontyjskiej 2A                  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 500623943  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Pod Gwiazdą   | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-312/ul. Pelczara 6                                  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 502361194  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (294)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | REMEDIIUM FIJAŁKOWSKI ROGULSKI SPÓŁKA JAWNA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/38-200/Plac Żwirki i Wigury 10        |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48509545600                                 |                    |   |
| identyfikator REGON   | 381852469                                   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | APTEKA GEMINI                               | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/38-200/Plac Żwirki i Wigury 10        |                    |   |
| telefon/ telefony   | 13 445 93 28                                |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Gemini                               | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnobrzeg/39-400/ul. Mickiewicza 40        |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158220425                                   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |                                       |                    |   |
|---|---------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (295)</b> |                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | CEFARM RZESZÓW SPÓŁKA AKCYJNA         |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław/54-613 /ul. Krzemieniecka 60A |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48 71 799 46 00                       |                    |   |
| identyfikator REGON   | 690718770                             |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                       | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Dr.Max                                | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leżajsk/37-300/ul. Mickiewicza 57     |                    |   |
| telefon/ telefony   | 17 242 02 34                          |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                       |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                       |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |                                       | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Dr.Max                                | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubaczów/37-600/ul. Piłsudskiego 6    |                    |   |
| telefon/ telefony   | 16 632 94 30                          |                    |   |
| Data dodania do wykazu  |                                       |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                       |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |                                       | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Dr.Max                                |                    | <b>APT</b>                                  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/37-700/ul. Jagiellońska 6        | -                     | APT  |
| telefon/ telefony   | 16 676 93 70                              |                       | 1  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 02.07.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dr.Max                                    |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/37-500/ul. Witosa 2              | -                     | 1  |
| telefon/ telefony   | 16 627 30 70                              |                       | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dr.Max                                    |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jarosław/37-500/ul. Kraszewskiego 5       | -                     | 1  |
| telefon/ telefony   | 16 624 24 10                              |                       | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dr.Max                                    |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/37-200/Rynek 20                 | -                     | 2  |
| telefon/ telefony   | 16 649 09 70                              |                       | 02.07.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/38-400/ul. Wojska Polskiego 41     | -                     | 2  |
| telefon/ telefony   | 571245855                                 |                       | 04.08.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/38-400/ul. Czajkowskiego 1         | -                     | 1  |
| telefon/ telefony   | 571245855                                 |                       | 10.08.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dr.Max                                    |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-216/ul. Podchorążych 1         | -                     | 1  |
| telefon/ telefony   | 178611405                                 |                       | 06.12.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | APTEKA Dr.MAX                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/38-500/ul. Traugutta 9              | -                     | 1  |
| telefon/ telefony   | 134646640                                 |                       | 06.12.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/36-200/ul. Mickiewicza 27         | -                     | 3  |
| telefon/ telefony   | 518302925                                 |                       | 13.12.2021   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-021/ul. prof. Ludwika Chmaja 6 | -                     | 4  |
| telefon/ telefony   | 502577852                                 |                       | 28.03.2022   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr. Max                            |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasło/ 38-200/ ul. Baczyńskiego 15        | -                     | 2  |
| telefon/ telefony   | 134469160                                 |                       | 26.09.2022   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ropczyce/ 39-100/ ul. Grunwaldzka 1       | -                     | 2  |
| telefon/ telefony   | 172218248                                 |                       | 27.09.2022   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dr.Max                             |                       | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/ 35-209/ ul. Ofiar Katynia 15     | -                     | 2  |
| telefon/ telefony   | 178600650                                 |                       | 02.12.2022   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (296)</b> |   |                       |  |



|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa:  | MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6                  |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 15 87 08 309                                    |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 388067302                                       |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień MEDICUS                         | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6                  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 158708309                                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 01.06.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (297)</b> |  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | ARC-INVEST Sp. z o.o.                    |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/04-398/ul. Grochowska 256/10    |                       |  |
| telefon/ telefony:  | +48 13 460 12 97                         |                       |  |
| identyfikator REGON   | 146278914                                |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | APTEKA FARMACJA 24                       | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/ 38-500/ ul. Traugutta 78/1        |                       |  |
| telefon/ telefony   | 134601297                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>2</b>   |
|   |  |                       | 12.07.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Farmacja 24                       | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. 3 Maja 31/s1       |                       |  |
| telefon/ telefony   | 166700060                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>1</b>   |
|   |  |                       | 10.08.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Farmacja24                        | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemysł/ 37-700/ ul. Brudzewskiego 1    |                       |  |
| telefon/ telefony   | 146278914                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>1</b>   |
|   |  |                       | 10.08.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Farmacja 24                              | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Popietuszkii 6 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 15 8381075                               |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>1</b>   |
|   |  |                       | 18.08.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (298)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | Medico-Invest Sp. z o. o.                   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/04-398/ul. Grochowska 256          |                       |  |
| telefon/ telefony:  | +48 17 850 81 24                            |                       |  |
| identyfikator REGON   | 140647919                                   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Twoje Leki                           | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-011/ul. Kazimierza Pułaskiego 1B |                       |  |
| telefon/ telefony   | 178508124                                   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>2</b>   |
|   |   |                       | 12.07.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Twoje Leki                           | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/ 39-300/ ul. Kocjana 2               |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172279140                                   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>2</b>   |
|   |   |                       | 18.08.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Twoje Leki                           | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Dęba/ 39-460/ Aleja Zwycięstwa 3/37    |                       |  |
| telefon/ telefony   | 172279140                                   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>1</b>   |
|   |   |                       | 01.04.2023   |

|   |                                  |                       |  |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (299)</b> |                                  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:  | FIRMA "AJP" A.Piekarz, K.Piekarz |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-326/ul. Graniczna 21A |                       |  |
| telefon/ telefony:  | +48 17 859 51 26                 |                       |  |
| identyfikator REGON   | 691532931                        |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka pod Aniołem               | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-326/ul. Graniczna 21A |                       |  |
| telefon/ telefony   | +48 17 859 51 26                 |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |                                  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                  |                       |  |
|   |                                  |                       | <b>1</b>   |
|   |                                  |                       | 16.07.2021   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (300)</b> |  |  |  |
|---|--|--|--|

|   |                                     |                       |  |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|
| nazwa:  | Dariusz Darlak                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ropczyce/39-100/ul. Kościuszki 3/11 |                       |  |
| telefon/ telefony:                                | 500425983                           |                       |  |
| identyfikator REGON                               | 181066458                           |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                     | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Fizjoterapia Darlak                 | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ropczyce/39-100/ul. Grunwaldzka 38  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 500425983                           |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                     |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |
|   |                                     |                       | <b>1</b>   |
|   |                                     |                       | 16.07.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (301)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Apteka Nova Helena Frańczak              |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzyce/39-432/ul. Porucznika Sarny 2    |                       |  |
| telefon/ telefony:  | +48 15 823 61 53                         |                       |  |
| identyfikator REGON   | 362950988                                |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | APTEKA NOVA                              | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNOBRZEG/39-400/UL. SIENKIEWICZA 4/71B |                       |  |
| telefon/ telefony   | 609224409                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>2</b>   |
|   |  |                       | 22.07.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka NOVA                              | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNOBRZEG/39-400/ AL. WARSZAWSKA 5      |                       |  |
| telefon/ telefony   | 573350666                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>2</b>   |
|   |  |                       | 30.07.2021   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Nova                              | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzyce/39-432/ul. Porucznika Sarny 2    |                       |  |
| telefon/ telefony   | 690500931                                |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>1</b>   |
|   |  |                       | 04.08.2021   |

|   |                               |                       |  |
|---|-------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (302)</b> |                               | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Ryszard Nalepa                |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pilzno/39-220/ul. Węgierska 5 |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 14 672 22 33                  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 691775869                     |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                               | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka "Na Węgierskiej"       | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pilzno/39-220/ul. Węgierska 5 |                       |  |
| telefon/ telefony   | 146722233                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |                               |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                               |                       |  |
|   |                               |                       | <b>1</b>   |
|   |                               |                       | 22.07.2021   |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (303)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Centrum Medyczne M. Kostkiewicz, A. Suszek Sp.Jawna |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów Małopolski/36-060/ul. Tadeusza Kościuszki 1  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 501336838   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 383223246   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne NIWA                               | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów Małopolski/36-060/ul. Tadeusza Kościuszki 1  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 175555517   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
|   |   |                       | <b>2</b>   |
|   |   |                       | 04.08.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (304)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Fundacja POMOC                                 |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 16             |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 134703010                                      |                       |  |
| identyfikator REGON   | 180019907                                      |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Fundacja Pomoc Sanatorium Uzdrawiskowe Solinka | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 16             |                       |  |
| telefon/ telefony   | 134703010                                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
|   |  |                       | <b>1</b>   |
|   |  |                       | 10.08.2021   |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (305)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | SUPER-PHARM POLAND Sp. z o.o.                            |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/02-672/ul. Domaniewska 48                       |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 22 547 04 00   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 016317049  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień COVID Apteka Super-Pharm Galeria Rzeszów |                       | <b>APT</b>   |

|   |                                    |                |   |
|---|------------------------------------|----------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-301/Al. Piłsudskiego 44 | -              | AFI   |
| telefon/ telefony                                 | 177842425                          |                | 1   |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                | 07.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                    | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Super-Pharm Millenium Hall  |                |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-315/ul. Kopisto 1       | -              | APT   |
| telefon/ telefony                                 | 177 842 414                        |                | 2   |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                | 10.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                |   |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (306)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | COSMEDICA SP. Z O.O.                    |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/02-823/ul. Osmańska 12         |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 48224171550                             |                       |   |
| identyfikator REGON   | 015498451                               |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Cosmedica                        |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/ul. Powstańców Warszawy 4 | -                     | APT   |
| telefon/ telefony   | 885606059                               |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 07.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Cosmedica Apteka                        |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/38-400/ ul. Bieszczadzka 29 N-35 | -                     | APT   |
| telefon/ telefony   | 885-707-142                             |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 07.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (307)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE RODZINNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/37-700/ul. Adama Mickiewicza 30                          |                       |   |
| telefon/ telefony:  | +48 660 775 588   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 388556461   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Rodzinna   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/37-700/ul. Mickiewicza 30                                | -                     | POP   |
| telefon/ telefony   | 538986000   |                       | 3   |
| Data dodania do wykazu  |   |                       | 10.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (308)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Apteka prywatna ARNICA mgr farm. Beata Baj |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudnik nad Sanem/37-420/ul. Chopina 14     |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 158 766 257                                |                       |   |
| identyfikator REGON   | 180001505                                  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka prywatna ARNICA mgr farm. Beata Baj |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudnik nad Sanem/37-420/ul. Chopina 14     | -                     | APT   |
| telefon/ telefony   | 158 766 257                                |                       | 2   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       | 10.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |

|   |                                     |                       |   |
|---|-------------------------------------|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (309)</b> |                                     | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Usługi Pielęgniarskie Beata Rusin   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraczkowa/ 37-124/ Kraczkowa 1599 a |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 48604200889                         |                       |   |
| identyfikator REGON   | 180779908                           |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Usługi Pielęgniarskie Beata Rusin   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraczkowa/ 37-124/ Kraczkowa 1599 a | -                     | POP   |
| telefon/ telefony   | 48604200889                         |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                       | 10.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                       |   |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (310)</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Klaudiusz Such CENTRUM Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul. Krakowska 10                               |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 14 681 77 66   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 850308145  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Centrum   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/38-400/ul. Kisielewskiego 2                           | -                     | APT   |
| telefon/ telefony   | 134321990  |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  |  |                       | 24.09.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|   |                                    |                       |  |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|
| nazwa:  | Centrum                            | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasło/38-200/ul. Kościuszki 37A    |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134450540                          |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                       | 21.10.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                    | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM                            | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korczyną/38-420/ul. Bpa Pelczara 3 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134354011                          |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                       | 21.10.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                    | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum                            | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zręcin/38-457/ul. Łukasiewicza 16  |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 134318317                          |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                       | 21.10.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (311)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | APTEKA W GALERII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Generała Leopolda Okulickiego 16 C |                           |  |
| telefon/ telefony:  | +48 15 841 13 90   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 363829444  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Gemini  | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Okulickiego 16 C                   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 15 841 13 90   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                           | 24.09.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (312)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Moja 2 Sp. z o.o.                           |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tereszpol-Zaorenda/23-407/ul. Długa 240     |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 792680761                                   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 363083588                                   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Moja Apteka                                 | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Poniatowskiego 19 J |                           |  |
| telefon/ telefony   | 792680761                                   |                           | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 24.09.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka od Serca                             | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sieniawa/ 37-530/ ul. Rynek 4C              |                           |  |
| telefon/ telefony   | 166227193                                   |                           | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 27.09.2022   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (313)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | APTEKA RÓŻANA Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gogółów/38-131/Glinik Górny 41                        |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 889667857   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 361083331   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Różana   | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeworsk/37-200/ul. Lwowska 3 lok. 2                 |                           |  |
| telefon/ telefony   | 730780736   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 12.10.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Różana   | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dynów/36-065/ul. Rynek 6 lok. 2                       |                           |  |
| telefon/ telefony   | 533778245   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 05.11.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (314)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | GCF Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/00-515/ul. Żurawia 32/34           |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 428886108                                   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 978094392                                   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Dbam o Zdrowie                       | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/ul. Stasziva 4          |                           |  |
| telefon/ telefony   | 736697785                                   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                           | 05.11.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |

|   |                                     |                    |   |
|---|-------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (315)</b> |                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Apteka "Pod Matką Boską" Sp. z o.o. |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/37-100/ul. Rzeźnicza 2       |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 791893004                           |                    |   |
| identyfikator REGON   | 691577170                           |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Różana                       | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łańcut/37-100/ul. Rzeźnicza 2       |                    |   |
| telefon/ telefony   | 730732772                           |                    | 2   |
| Data dodania do wykazu  |                                     |                    | 05.11.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (316)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Monika Ziemiańska-Szul i Piotr Szul Spółka Jawna |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/38-500/ul. Jagiellońska 66                 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | (013)464 02 73                                   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 370390610  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Jagiellońska                              | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/38-500/ul. Jagiellońska 66                 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 535503966  |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu  |  |                    | 26.11.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (317)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego Cefarm-Krakow Spółka Akcyjna |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/30-716/ul. Albatrosów 1  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | +48 736 697 715   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 356686600   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Dbam o Zdrowie   | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul. Krakowska 4   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 736697715   |                    | 2   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 26.11.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (318)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZ GABINET SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław/50-456/ul. Dworcowa 11B   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 693424008   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 389981373   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Nasz Gabinet Rzeszów  | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-017/ul. Moniuszki 8  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 720729729   |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 26.11.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (319)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | AMT - MEDYCINA                                |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEMYŚL/37-700/UL. FRANCISZKA SMOLKI 22/11   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 604442829                                     |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180468309                                     |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień COVID - KATARZYNA GOLAŃSKA    | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEMYŚL/37-700/UL. Stanisława Moniuszki 2/24 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 604442829                                     |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 26.11.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |                                |                    |   |
|---|--------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (320)</b> |                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Maciej Rudek FIZJOTERAPIA      |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/u. Kościuszki 36 |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 501648661                      |                    |   |
| identyfikator REGON   | 368244560                      |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień R-MED.         | -                  | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/u. Kościuszki 36 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 501648661                      |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu  |                                |                    | 13.12.2021                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                |                    |   |

|   |  |                    |                      |
|---|--|--------------------|----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (321)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa:  | Apteka Centrum mgr farm. Elżbieta Makuch |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/ul. Zeromskiego 19         |                    |                      |
| telefon/ telefony:  | 175831018                                |                    |                      |

|   |                                       |                       |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 180293867                             |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                       | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Centrum                        | -                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul. Stefana Batorego 20 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 175831018                             |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            |                                       |                       | 21.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (322)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Handlowe "Puri-Pharma" Sp. z o.o. |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/01-248/ul. Jana Kazimierza 16                         |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 178526305  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 008415321  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka „GEMINI”  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-073/ul. Kolejowa 1                                  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 178526305  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 21.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (323)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | "ZANDER" Tomasz Rusin                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wola Raniżowska/36-125/ Wola Raniżowska 329A |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 535360221                                    |                              |  |
| identyfikator REGON   | 181081021                                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZANDER Tomasz Rusin                          | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wola Raniżowska/36-125/ Wola Raniżowska 329A |                              |  |
| telefon/ telefony   | 535360221                                    |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |  |                              | 21.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |                                  |                              |  |
|---|----------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (324)</b> |                                  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Anna Pluta                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzeszów/35-323/ ul. Kujawska 7   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 501959907                        |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690649000                        |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PUNKT SZCZEPIEŃ SŁONECZNY STOK   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZESZÓW/35-505/UL. LESKA 1 LOK.4 |                              |  |
| telefon/ telefony   | 501959907                        |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |                                  |                              | 21.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (325)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Indywidualna praktyka lekarska ANDRZEJ KOHLHEPP |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/36-200/ul. Mikołaja Kopernika 3/18      |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 134911288                                       |                              |  |
| identyfikator REGON   | 382506574                                       |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia Andrzej Kohlhepp                | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/36-200/ul. Słowackiego 4                |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134911288                                       |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  |   |                              | 21.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |                              |                              |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (326)</b> |                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Józef Dzwonnik               |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/37-700/ul. 3 Maja 1 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 677 01 47                 |                              |  |
| identyfikator REGON   | 650071873                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                              | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Pod Orłem             | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przemyśl/37-700/ul. 3 Maja 1 |                              |  |
| telefon/ telefony   | 16 677 01 47                 |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  |                              |                              | 08.12.2021   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                              |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (327)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Apteka "Melisa" Lucyna Samborska Jerzy Samborski Spółka Jawna |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul.Kolejowa 9                                   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 014 670 43 30   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690706613   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka "MELISA"   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul.Kolejowa 9                                   |                              |  |



|                           |              |  |            |
|---------------------------|--------------|--|------------|
| telefon/ telefony         | 14 670 43 30 |  | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu    |              |  | 30.12.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu |              |  |            |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (328)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Prolek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnów/33-100/ul. Szpitalna 26                 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | +48 17 583 62 35                               |                              |  |
| identyfikator REGON   | 852631353                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Prolek                                  | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/Piaskowa 2                       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 175836235                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | <b>4</b>   |
|   |  |                              | 21.01.2022   |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (329)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Panax, Kubala, Ryznar Spółka Jawna        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzyżów/38-100/ul. 700-lecia Strzyżowa 4 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | +48 13 434 11 43                          |                              |  |
| identyfikator REGON   | 690189164                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka PANAX                              | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzozów/36-200/Bema 12                    |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134341143                                 |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              | <b>2</b>   |
|   |   |                              | 21.01.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (330)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego "CEFARM-KIELCE" s. a. |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/25-956/ul. Jagiellońska 70                                    |                              |  |
| telefon/ telefony:  | +48 15 842 42 66   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 290558600  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Cef@rm 36,6   | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stalowa Wola/37-450/Okulickiego 38                                   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158424266  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | <b>3</b>   |
|   |  |                              | 21.01.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (331)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | E.M. MEDICA Ewa Rogowska, Marcin Rogowski s.c. |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeżowe/37-430/ Jeżowe 652c                     |                              |  |
| telefon/ telefony:  | +48 15 844 71 63                               |                              |  |
| identyfikator REGON   | 362357150                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka Medica                                  | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeżowe/37-430/Jeżowe 652c                      |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158447163                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | <b>1</b>   |
|   |  |                              | 21.01.2022   |
|   |  |                              | 01.04.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (332)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Apteka Prywatna ECHINACEA mgr farm. Barbara Wróbel |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ulanów/37-410/ ul. '3 Maja 8                       |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 158763717  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 830481296  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Apteka ECHINACEA                                   | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ulanów/37-410/ ul. '3 Maja 8                       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158763717  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | <b>1</b>   |
|   |  |                              | 29.01.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (333)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | APTEKA IM.w. ZAJĄCZKOWSKIEGO SP Z. O.O |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzyżów/38-100/ul. Słowackiego 10     |                              |  |
| telefon/ telefony:  | (017)276 01 80                         |                              |  |
| identyfikator REGON   | 367028586                              |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień COVID                  | <b>-</b>                     | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzyżów/38-100/ul. Słowackiego 10     |                              |  |
| telefon/ telefony   | 172760180                              |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | <b>2</b>   |
|   |  |                              | 01.02.2022   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (334)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Defarm Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łódź/94-460/ul. Kinga C. Gillette 11           |                    |   |
| telefon/ telefony:  | +48 736 697 714                                |                    |   |
| identyfikator REGON   | 120358680                                      |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Dbam o Zdrowie                                 | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dębica/39-200/ul. Głowackiego 19               |                    |   |
| telefon/ telefony   | 736697714                                      |                    | <b>2</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |  |                    | 07.02.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (335)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Apteka Centrum Sp. z o.o.                              |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/37-400/ul. Wolności 8 A                          |                    |   |
| telefon/ telefony:  | (015)841 38 11   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 367283404  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | APTEKA CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nisko/37-400/ul. Wolności 8a                           |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158413811  |                    | <b>5</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |  |                    | 11.02.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  | 02.12.2022         |   |

|   |  |                    |   |
|---|--|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (336)</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NBP VITA Piotr Kusza                               |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niedźwiada/39-107/ul. 10                           |                    |   |
| telefon/ telefony:  | +48 17 722 22 12                                   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 364435180  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Familijna Punkt szczepień COVID/GRYPY TESTY | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łączki Kucharskie/39-106/Łączki Kucharskie 248     |                    |   |
| telefon/ telefony   | 177222212  |                    | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |  |                    | 11.02.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                    |   |

|   |                                      |                    |   |
|---|--------------------------------------|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (337)</b> |                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Apteka Zdrowie Beata Barska          |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno/38-400/ul. Langiewicza 21A    |                    |   |
| telefon/ telefony:  | +48 13 435 02 22                     |                    |   |
| identyfikator REGON   | 180935231                            |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                      | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Zdrowie                       | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Iwonicz-Zdrój/38-440/ul. Słoneczna 4 |                    |   |
| telefon/ telefony   | 134350222                            |                    | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |                                      |                    | 11.02.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                      |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (337)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | Apteka Galen J. Talik, M. Stolarczyk Spółka Jawna |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/30-347/ul. Kapelanka 46                    |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 48122964239                                       |                    |   |
| identyfikator REGON   | 151496395   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Apteka Galen                                      | -                  | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mielec/39-300/ul. Zygmuntowska 4                  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 177883465   |                    | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 08.03.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (338)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ARTUR SZOFER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (HUTA KRZESZOWSKA) |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 15 87 92 523  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 520833074   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PORADNIA HARASIUK   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Harasiuki/ 37-413/ ul. Długa 13   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158791531   |                    | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 11.01.2022                                  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Huta Krzeszowska   | -                  | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 158792523   |                    | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  |   |                    | 11.01.2022                                  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PORADNIA KURZYNA ŚREDNIA                    | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kurzyna Średnia/ 37-410/ Kurzyna Średnia 59 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 158431322                                   |                       |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       | 11.01.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (339)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W NAROLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 16 63 17 013   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 521879902  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Zdrowia w Narolu  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 166317013  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 01.06.2022   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (339)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PHARMA OGIŃSKI BARDELI-PULDA SPÓŁKA JAWNA  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gdynia/81-395/ul. Władysława IV 43   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 134619013  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 383145960  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | APTEKA Gemini  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sanok/38-500/ul. Kochanowskiego 25/6   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 134619013  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 01.09.2022   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (242)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZ" DARIUSZ CHMIEL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Annopol/ 23-235/ ul. Leśna 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 15 -8613436  |                              |  |
| identyfikator REGON   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarz POZ - Radomyśl nad Sanem  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radomyśl nad Sanem/ 37-455/ ul. Lubelska 2   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158454303  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 01.08.2022   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień COVID - Antoniów   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Antoniów/ 37-455/ 47   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158453305  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 01.08.2022   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Lekarz POZ - Zdziechowice Drugie  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zdziechowice Drugie/ 37-470/ 221   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 158381122  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              | 01.08.2022   |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (211)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET POZ ZENON DUL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Róża/ 39-216/ 186A  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 146810999   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 521635169   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza POZ - Róża  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Róża/ 39-216/ 186a  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 146810999   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              | 01.10.2022   |

\* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS - wyjazdowy punkt szczepień, APT - punkt szczepień w aptece ogólnodostępnej

Na podstawie zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.)  
 Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie ogłasza obowiązujący od 01.04.2023 r.

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta**

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 1</b>   |  |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 1   |
| telefon/ telefony:   | 178508005  |
| identyfikator REGON  | 363621086  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1802] powiat brzozowski, [1805] powiat jasielski, [1807] powiat krośnieński, [1819] powiat strzyżowski, [1861] powiat m.Krosno | <b>1</b>   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1808] powiat leżajski, [1810] powiat łańcucki, [1814] powiat przeworski, [1816] powiat rzeszowski, [1863] powiat m.Rzeszów     | <b>1</b>   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1803] powiat dębicki, [1806] powiat kolbuszowski, [1811] powiat mielecki, [1815] powiat ropczycko-sędziszowski                 | <b>1</b>   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1812] powiat niżański, [1818] powiat stalowowolski, [1820] powiat tarnobrzegi, [1864] powiat m.Tarnobrzeg                      | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 2</b>   |  |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE KORMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 141/7                                    |
| telefon/ telefony:   | 16 63 20 310   |
| identyfikator REGON  | 363618894  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1804] powiat jarosławski, [1809] powiat lubaczowski, [1813] powiat przemyski, [1862] powiat m.Przemyśl                         | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 3</b>   |  |
| nazwa:   | FUNDACJA "W TROSCE O ŻYCIE"  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzozów/ 36-200/ Rynek 6a  |
| telefon/ telefony:   | 695577975  |
| identyfikator REGON  | 180403422  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1802] powiat brzozowski, [1805] powiat jasielski, [1807] powiat krośnieński, [1819] powiat strzyżowski, [1861] powiat m.Krosno | <b>5</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 4</b>   |  |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE ESKULAP B I J HAJNUS SPÓŁKA JAWNA                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sanok/ 38-500/ ul. Krakowska 76  |
| telefon/ telefony:   | 133335008  |
| identyfikator REGON  | 362100333  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1801] powiat bieszczadzki, [1817] powiat sanocki, [1821] powiat leski  | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 5</b>   |  |
| nazwa:   | BEATA RUSIN  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraczkowa/ 37-124/ Kraczkowa 1599 a  |
| telefon/ telefony:   | 48604200889  |
| identyfikator REGON  | 180779908  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>   | <b>liczba zespołów</b>   |
| obszar działania:<br>[1808] powiat leżajski, [1810] powiat łańcucki, [1814] powiat przeworski, [1816] powiat rzeszowski, [1863] powiat m.Rzeszów     | <b>1</b>   |

Na podstawie zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.) Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie ogłasza obowiązujący od 01.04.2023 r.

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

|   |  |
|---|--|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ |
|---|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |   |
|---|---|
| nazwa:  | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POZNAŃ/60-118/UL. KRZYWA 13   |
| telefon/ telefony:                                | 61 83 92 662  |
| identyfikator REGON                               | 634254014   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO/38-400/UL. KORCZYŃSKA 57                                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 436 39 05  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASŁO/38-200/UL. SROCYŃSKIEGO 8                                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 445 32 57  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNOBRZEG/39-400/UL. SZPITALNA 1A                                  |
| telefon/ telefony                                 | 158239285   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |   |
|---|---|
| nazwa:  | DIAYERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/04-769/UL. CYLICHOWSKA 13/15                   |
| telefon/ telefony:                                | 22 516 06 00  |
| identyfikator REGON                               | 140878910   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEMYŚL/37-700/UL. MONTE CASSINO 18                    |
| telefon/ telefony                                 | 166775151   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAROSŁAW/37-500/UL. KRUEL PEŁKIŃSKI 19                  |
| telefon/ telefony                                 | 166242248   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANOK/38-500/UL. 800-LECIA 26                           |
| telefon/ telefony                                 | 134656217   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWORSK/37-200/UL. SZPITALNA 16                       |
| telefon/ telefony                                 | 166485892   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.03.2021  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |