

**OBWIESZCZENIE**  
**WOJEWODY PODKARPACKIEGO**  
**z dnia 6 maja 2020 r.**

**o ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) obwieszcza się wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

**WOJEWODA PODKARPACKI**

**Ewa Leniart**

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19  
z dnia 06.05.2020 r**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | <b>Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy</b>      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 03 621                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 851643503                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 384                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 312                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Stacja Dializ                                 |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 414                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Oddziały Psychiatryczne II - III              |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-218 Straszęcin 295                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 03 638, 14 68 03 649                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Oddział terapii uzależnień                    |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-218 Straszęcin 295                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 03 654                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                   |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 294                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---------------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | <b>Centrum Opieki Medycznej</b> |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 000304496                       |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                 | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |

|   |  |  |   |  |  |  |  |   |   |
|---|--|--|---|--|--|--|--|---|---|
| nazwa:  | Oddział obserwacyjno-zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW |  |   |  |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70   |  | X |  |  |  |  | X |   |
| telefon/ telefony                                 | 16 624 51 19, 16 624 51 42   |  |   |  |  |  |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  |  |   |  |  |  |  |   |   |
| nazwa:  | Oddział intensywnej terapii i anestezjologii   |  |   |  |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70   |  | X |  |  |  |  | X |   |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 15 421   |  |   |  |  |  |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  |  |   |  |  |  |  |   |   |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |  |   |  |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70   |  |   |  |  |  |  | X | X |
| telefon/ telefony                                 | 16 621 54 21   |  |   |  |  |  |  |   | X |

|   |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Jaśle                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 13 44 37 503                                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 370444486                                       |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i WZW              |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 544, 13 44 37 529                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii    |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 660, 13 44 37 625                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z Izbą Przyjęć |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 62 041                                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne w Łańcucie Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 40 100  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 180405906   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |

|   |   |   |   |   |  |  |  |   |   |
|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|
| nazwa:  | Szpital Św. Michała Archanioła              |   |   |   |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |   | X |   |  |  |  | X | X |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 00                                |   |   |   |  |  |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |   |   |   |  |  |  |   |   |
| nazwa:  | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy             |   | X |   |  |  |  | X |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |   |   |   |  |  |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 35                                |   |   |   |  |  |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |   |   |   |  |  |  |   |   |
| nazwa:  | Izolatorium - Bursa Szkolna                 |   |   | X |  |  |  | X |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, Armii Krajowej 51D           |   |   |   |  |  |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 17 225 69 34                                |   |   |   |  |  |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |   |   |   |  |  |  |   |   |
| nazwa:  | Zespół Transportu Sanitarnego               | 2 |   |   |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |   |   |   |  |  |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 80                                |   |   |   |  |  |  |   |   |

|   |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 100  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 000308637   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby             |  | X               |                    |                   |  | X   | X  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 391, 17 78 00 390                                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii              |  | X               |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 243, 1778 00 244                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 117  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 67 75 000                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000314684                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Stefana Rogozińskiego 30                                |                        | X        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 06 107   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 196, 16 67 75 143   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Pododdział Kardiologii Inwazyjnej  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 000   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział Ginekologiczno - Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii Noworodka                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 56 100  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370444345   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 147, 13 46 56 245, 13 46 56 246                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii            |                                   | v        |             |            |                                     | v                                  |                                     |              |

|   |  |  |  |  |  |  |   |   |  |
|---|--|--|--|--|--|--|---|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26             |  |  |  |  |  |   |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 150, 13 46 56 250                 |  |  |  |  |  |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  |  |  |  |  |  |   |   |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć |  |  |  |  |  |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26             |  |  |  |  |  | X | X |  |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 202                               |  |  |  |  |  |   |   |  |

|   |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | <b>Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Krośnie</b> |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 20 222   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 370441499  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Zespół transportu sanitarnego                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                              | 2  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 20 222   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | <b>Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład w Mielcu</b>                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 552   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 831364262  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22  | 2  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 36 300   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | <b>Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Przemyślu Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 784 403 454   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 369600814                                    |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:  | Zespół Transportu Medycznego                 | <b>2</b>                      |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85 |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 531 111 957, 533 644 489                     |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 17 85 26 253  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 690271233   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Transport Sanitarny                                 | <b>2</b>                                 |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 17 86 00 500  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Izba przyjęć  |  |                 |                    |                   |  |   | <b>X</b>                                   |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 17 85 26 253  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 13 46 28 460                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 380372046  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Zespół Transportu Medycznego                     | <b>1</b>                                 |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 13 46 28 460                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi<br>Królowej w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 64 000  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690697529   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Pododdział intensywnej terapii i anestezjologii dla dzieci i noworodków   |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 860  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostrych Zatruc   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 860  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Klinika Alergologii i Mukowiscydozy                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 860  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| nazwa:  | Szpitalny oddział ratunkowy   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 934  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-051 Rzeszów, ul. Tadeusza Czackiego 2                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 32 560   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000314193  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Neonatologii z Pododdziałem Izolacyjnym i Intensywną Terapią Noworodka |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 031   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Kliniczny Oddział Ginekologiczno - Położniczy                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 031   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                |  |  |  |  |  |  |   |   |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|---|
| nazwa:  | Izba przyjęć                   |  |  |  |  |  |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4 |  |  |  |  |  |  | X | X |
| telefon/ telefony                                 | 17 861 14 51                   |  |  |  |  |  |  |   |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne MEDYK Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 1   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 08 005  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 363621086   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Poradnia stomatologiczna  |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANITAS" s.c. Magdalena Rawska-Wnęk, Jacek Próchniak |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 69 62 32 495  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180408388   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Poradnia ambulatoryjnej stomatologicznej pomocy doraźnej                                    |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 81 42 637  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 78 000   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000308620  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Ambulatorium Stomatologiczne                         |                        |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 437 85 86   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć Planowych |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 78 543   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 15 842 53 51  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 000312567   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 33 277  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 63 28 100  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000306667   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 63 28 103  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Mickiewicza 168                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 16 632 81 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 32 770   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690028840  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba Przyjęć Szpitala  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 43 312   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 71 222   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000304504  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 22 71 222   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 64 91 500  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000304510   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba przyjęć z Ambulatorium Ogólnym i Zabiegowym            |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 16 64 91 602 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny<br>Imienia Świętej Rodziny Spółka z Ograniczoną<br>Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-060 Głogów Młp., Rudna Mała 600   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 66 700   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180022507  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-060 Głogów Młp., Rudna Mała 600   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 700   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Spółka z<br>Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka<br>Komandytowa |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 77 35 740   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180357490  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 35 703   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki<br>Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 09 552   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000304473  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Laboratorium Diagnostyki Molekularnej, Cytogenetyki i<br>Cytometrii                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|   |  |                                   |          |             |            |                                     | v                                  |                                     |              |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18 |  |  |  |  |  |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 07 909                                   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                    |  |  |  |  |  |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18 |  |  |  |  |  |  |  | X |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 09 552                                   |  |  |  |  |  |  |  |   |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | <b>Gabriela Gaszczyk-Zapała Vita-Dental</b> |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28       |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 537 426 601                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 380609666                                   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Gabriela Gaszczyk-Zapała Vita-Dental        |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28       |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 537 426 601                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | <b>Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku</b> |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 17 24 04 900   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 000306650  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                                     |  |                 |                    |                   |  |   | X  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 17 24 04 907   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | <b>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 15 84 12 003   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000306680  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć                            |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 16 703                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach                      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-100 Ropczyce, ul. Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 18 312   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 690692118  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                      |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wyspiańskiego 14 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 22 20 092                                      |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |                                   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz       |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 57 772 03 23                      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 367001392                         |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|-----------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz       |                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | +48 57 772 03 23                  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |                                       | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 632 03 10                          |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 363618894                             |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--------------------------------|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
|                                |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |



|   |                                       |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| nazwa:  | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 632 03 10                          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 15 84 62 651  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 000563298   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 62 651  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzechów/38-122/Dobrzechów 478a  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 606 166 150  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 180140862  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzechów/38-122/Dobrzechów 478a  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 606 166 150  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-600 Lesko, ul. Kazimierza Wielkiego 4               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 98 071   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 370445072  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |





| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba przyjęć                   |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górnó, ul. Rzeszowska 5 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 15 300                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1                                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 15 81 23 001  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000312573   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy        |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 81 23 001                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57                          |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 461 10 28; 13 476 91 28  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 370444598   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć                               |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 461 10 28; 13 47 69 128                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Fundacja Medi3             |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 667 224 896                |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 381526310                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--------------------------------|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
|                                |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |                            |  |  |  |  |   |  |  |  |
|---|----------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|
| nazwa:  | Fundacja Medi3             |  |  |  |  | X |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |  |  |  |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 667 224 896                |  |  |  |  |   |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 277 79 17                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690176954                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 277 79 17                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 671 40 10  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 650902251   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 671 40 10  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemyśl/37-300/ul. Grottgera 4                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 604 578 811  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180256346  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|   |  |                                   |          |             | v          |                                     |                                    |                                     |              |

