



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia 10 listopada 2020 r.

Poz. 2578

OBWIESZCZENIE WOJEWODY LUBUSKIEGO

z dnia 10 listopada 2020 r.

w sprawie 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 (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1842) ogłaszam w załączniku do obwieszczenia wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, który zastępuje wykaz podmiotów wskazanych w obwieszczeniu z 6 listopada 2020 r.

Wojewoda Lubuski
Władysław Dajczak

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | | | | | | | | | IV |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | Sx3 | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 (wraz z Zespołem Szpitalnym przy ul Walczaka 42) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 222 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 684 707 810 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970327974 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|---|
| nazwa: | | | | | | | | | II |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | | | | | | | | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-----------------------------------|--|--|
| nazwa: | Paramedic 24 Sp. z o. o. | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczecin/71-040/gen. Józefa Hallera 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 3 | | | | | | M (10 zespołów wymazowych) | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 4 | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/ul. Słoneczna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 3 | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycyca/69-113/ul. Różana 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | II i III |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 797 606 252 | | |
| identyfikator REGON | 000310396 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|--|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|-----|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | X | | | | | X | S | II |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | X | | | | | | | III |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | | | | |

* od 6.11.2020r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 604 984 220 | | | | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970757048 | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | |
| nazwa: | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | Zespół transportu medycznego Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | 604 984 220 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 971297560 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | |
| | | | | | X | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 83 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 83 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | I | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | 95 755 22 60 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | | 000300736 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULECIN | | X | | | | | | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulecin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | II | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | 95 762 05 10 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | | 080396330 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | | |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | S | II | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | 95 762 05 10 | | | | | | | |

* 52 łóżka w dniach 17-18.10.2020r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|----|
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 383 5328 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | X | S | | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II | |
| nazwa: | Oddział Chorób Wewnętrznych | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | X | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 383 5328 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|--|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 76 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | II (zmiana daty obowiązywania: było od 26.10.2020r jest od 28.10.2020r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 095 750 14 10 | | |
| identyfikator REGON | 080445872 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | X | | | | | | S | II |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 095 750 14 10 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 400 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320233950 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | | | | | | | | I/II |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211184206 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | | X | | | | | X | S | I/II |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | | | | | | | |

*II poziom obowiązuje od 28.10.2020r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | S |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|-----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | | 68 452 77 00 |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | | | 970748470 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | | | | | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-022/Sulechowska 41 (parking) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 64 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | AI-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 758 61 08 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210263300 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | Spółdzielnia Rehabilitacja w Gościmiu Spółdzielnia Osób Prawnych | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (095)762 42 21 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 6105148 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy im. prof. Wiktora Degi w Gościmiu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (095)762 42 21 | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | Agamed Transport Medyczny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-467 /Deszczowa 47 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 508 152 940 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 91235519 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Agamed Transport Medyczny | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra /65-046/Ul. Zyty 26 (teren szpitala) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 152 940 | | | | | | | | |

** liczba zespołów w danym miejscu

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

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii

wykaz cz. 3

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
|--|--|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2

wykaz cz. 4

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
|--|--|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |

Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2

wykaz cz. 5

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
|--|--|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |