

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 683296200 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970773231 | | | | | | | | |
| 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: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | X | | | | X | | X |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Akademik "Wcześniak" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | X | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 531 797 165 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 957 331 222 | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | |
| 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: | Zespół transportu medycznego | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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 | 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 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 284, 797 606 220 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | 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 | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 797 606 204 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 984 220 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | |
|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiaz, Janusz Kaminiaz |
| adres: miejscowość/ 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 | 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-Kaminiaz, Janusz Kaminiaz | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| 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 | 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 | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | |
| 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 | 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 | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | |
| 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 | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 38 82 310 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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 | 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 | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 763 99 67 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | |
| 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 | 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 | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 76 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 977947094 | | | | | | | | |
| 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 | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 533 318 219 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | | | | | | | |
| 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 | 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 | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 95 758 20 71 wew. 359 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 400 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320233950 | | | | | | | | |
| 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 | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 41 240 14 10 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigiełskiego sp. z o. o. | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | |
|---|-------------------------------|
| adres: miejscowość/ 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------|---|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|---|---|--|
| <table border="1"> <tr> <td>nazwa:</td> <td>Izba Przyjęć</td> </tr> <tr> <td>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</td> <td>Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5</td> </tr> <tr> <td>telefon/ telefony</td> <td>095 717 00 39 wew.10, 11, 79, 87</td> </tr> </table> | nazwa: | Izba Przyjęć | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | telefon/ telefony | 095 717 00 39 wew.10, 11, 79, 87 | | | | | | X | X | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 095 717 00 39 wew.10, 11, 79, 87 | | | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | katalog realizowanych świadczeń |
|---|---------------------------------|
|---|---------------------------------|

| | |
|---|--|
| 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 |
| identyfikator REGON | 080188702 |

| 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 | | | | | | |
|---|---|--------------|---|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|--|---|--|
| <table border="1"> <tr> <td>nazwa:</td> <td>Izba Przyjęć</td> </tr> <tr> <td>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</td> <td>Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6</td> </tr> <tr> <td>telefon/ telefony</td> <td>41 240 18 10</td> </tr> </table> | 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 | | | | | | | X | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | katalog realizowanych świadczeń |
|---|---------------------------------|
|---|---------------------------------|

| | |
|---|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 |
| telefon/ telefony: | 412 402 100 |
| identyfikator REGON | 320425542 |

| 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 | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|---|---|--|
| <table border="1"> <tr> <td>nazwa:</td> <td>Szpitalny Oddział Ratunkowy</td> </tr> <tr> <td>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu</td> <td>ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6</td> </tr> <tr> <td>telefon/ telefony</td> <td>41 240 21 10</td> </tr> </table> | nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | telefon/ telefony | 41 240 21 10 | | | | | | X | X | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 21 10 | | | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | katalog realizowanych świadczeń |
|---|---------------------------------|
|---|---------------------------------|

| | |
|--------|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
|--------|---|

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 311 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320592406 | | | | | | | | | |
| 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 | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 01.06.2020)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W MIĘDZYRZECZU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ ul. Poznańska 109 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 87 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290133 | | | | | | | | |
| 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: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W MIĘDZYRZECZU | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ ul. Poznańska 109 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 87 00 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 66-003/ Zabór/ ul. Zamkowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 327 40 28 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774176 | | | | | | | | |
| 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: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 66-003/ Zabór/ ul. Zamkowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 327 40 28 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Al-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 | | | | | | | | |
| 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: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | |

