

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| 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 / 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: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | X | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | | | | |
| 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: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | | |
| 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 | II |
| nazwa: | Akademik "Wcześniak" | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | 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: | Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 531 797 165 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 957 331 222 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| 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: Hotel "Gorzów" | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| 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 |
| 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 | | | | | | | | |
| 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: Hotel Villa Nowa | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| 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: 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | X | | | | | X (z wyłączeniem filii Żagań) | Sx2 (Żary i Żagań) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 (wraz z filią Żagań) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 470 79 07 | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 34 16 300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080467187 | | | | | | | | |
| 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: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| nazwa: | Paramedic 24 Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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: miejscowość/ 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: miejscowość/ 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycza/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 III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----|
| 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 | | X | | | | | X | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | |
| 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 | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | |
| 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: 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 / 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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: 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 / 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 | | | | | 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 | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| 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 / 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | |
| 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 SULĘCIN | | X | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| 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 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 38 82 310 | | | | | | | | |
| 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 w Nowej Soli | | X | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| 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: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. 1-go Maja 26 (Stadion Miejski) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500078090 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | II |
| 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 / 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 | | X | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ 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 | | | | | | | | I * |
| 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 |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| 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: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | 1 | X | | | | | | | II |
| 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 19* | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I/II |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | S | I/II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 100 | | | | | | | | | |

* zgodnie z decyzją MZ od 12.11.2020r. dodano II poziom zabezpieczenia

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |
| 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 / 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 | | | | | | | X | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | | |

| 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: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| | | | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | LLP Spółka Cywilna Bartosz Lelito, Jakub Lelito | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 2a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 721 998 202 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 381022354 | | | | | | | | |
| 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: | LLP Spółka Cywilna Bartosz Lelito, Jakub Lelito | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 1a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 721 998 202 | | | | | | | | |
| 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 | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (095)762 42 21 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 699 713 999 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 367581053 | | | | | | | | |
| 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: | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/ul. Dworcowa – Dworzec Kolejowy | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 699 713 999 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Agamed Transport Medyczny | | | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 16.11.2020r.)

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/ul. Prof. M. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 693533460 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| 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: | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65/001/ul. Wrocławska (na pętli autobusowej) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693533460 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

** liczba zespołów w danym miejscu

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