

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 17.04.2020r.)

| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | X | | | X | |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | | | | | |

| 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 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Reumatologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | X | | | X | |
| telefon/ telefony | 957 331 349, 957 331 359 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | X | | | X | |
| telefon/ telefony | 957 331 833 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | X | X |
| telefon/ telefony | 957 331 430 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Hotel "Gorzów" | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | X | | X | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | |
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Pulmonologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/ 68-100/ ul. Żelazna 1a | | X | | | X | |
| telefon/ telefony | 684 771 241 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Urologii | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/ 68-100/ ul. Żelazna 1a | | X | | | X | |
| telefon/ telefony | 68 477 12 52 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | X | X |
| telefon/ telefony | 68 470 78 88 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Żelazna 1a | | | | | X | X |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 17.04.2020r.)

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| telefon/ telefony | 68 477 12 02 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Hotel Villa Nowa | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | X | | X | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Hotel Chopin | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 68-200/ Żary/ ul. Zielonogórska 24 | | | X | | X | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | |
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc* | | X | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Onkologii Pulmonologicznej i Chemioterapii** | | X | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 341 63 00 wew. 321 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Zajazd Chrobry | | | X | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 66-235/ Torzym/ ul. Warszawska 19 | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | |

* (z wyłączeniem gruźlicy)

** (z wyłączeniem chemioterapii)

| | | | | | | | |
|---|---|--|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | katalog 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 284, 797 606 220 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Neonatologiczny | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 227 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 204 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
| nazwa: | TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 17.04.2020r.)

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--|---|--|
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | Międzyrzec/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 83 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec/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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | | | | |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chalubińskiego 7 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chalubińskiego 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 17.04.2020r.)

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--|---|--|
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 533 318 219 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi w Stubicach s. z o.o. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 095 750 14 10 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080445872 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | |
| 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. | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | |

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 17.04.2020r.)

| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | X |
| 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 | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 06 30 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290630 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa: | DENTAL-MED JUSTYNA NIEDZIŁSKA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/ 67-115/ul. Kożuchowska 3 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608 045 139 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080447687 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 608 045 139 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEMI GÓRZE | | | | | | |
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEMI GÓRZE | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | | | | | |

| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| 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 | | | | | | |

