

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | I*/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 | 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 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

*I poziom - ul. Domańskiego 2 w Żarach obowiązuje od 1 czerwca 2021r.

| 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 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 1 | | | | | M (6 zespołów wymazowych) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.03.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 1 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/ul. Słoneczna 4 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.07.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.10.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021r. | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | I/II |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | X | | | X | I/II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 25.03.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 1 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 984 220 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 25.03.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| 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 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|---|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 95 742 83 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | X | | | S | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | | | |
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 95 742 83 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SUŁĘCIN | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sułęcin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 95 755 22 60 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300736 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Sułęcin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SUŁĘCIN | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sułęcin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | X | | | | | S |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chatubińskiego 7 | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Nowa Sól/67-100/Chatubińskiego 7 | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 68 38 82 310 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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/Chafubińskiego 7 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.10.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | I |
| 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 | 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 | | | X | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| 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 ODRZAŃSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 383 5328 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | X | | | X | Sx2 (Krosno Odrzańskie i Gubin) | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZAŃSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 telefon/ telefony 533 318 219 Data dodania do wykazu 09.04.2020r. Data wykreślenia z wykazu | | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| 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 Data dodania do wykazu 15.09.2020r. Data wykreślenia z wykazu 01.07.2021r. | 1 | X | | | | I |

| 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. adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 telefon/ telefony: 095 750 14 10 identyfikator REGON 080445872 | | | | | | | I |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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. adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 telefon/ telefony 095 750 14 10 Data dodania do wykazu 09.04.2020r. Data wykreślenia z wykazu | | X | | | X | S | I |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | I |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 telefon/ telefony 41 240 14 10 Data dodania do wykazu 09.04.2020r. Data wykreślenia z wykazu | | | | | X | S | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| 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 Data dodania do wykazu 15.09.2020r. Data wykreślenia z wykazu | | X | | | | | I |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigiejskiego 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigiejskiego sp. z o. o. | | X | | | X | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.06.2021r. | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.06.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | 1 | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 01.06.2021r. | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | X | | | X | S | |
| telefon/ telefony | 412 402 100 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | 01.06.2021r. |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | I | |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | catalog 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 | 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 | | X | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020r. | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 ZIEŁONEJ GÓRZE | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-022/Sulechowska 41 (parking) | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 64 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | 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 | 51-124 / Wrocław / ul. Henryka Michała Kamińskiego 73A | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 91 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390775606 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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. | | X | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-100 / Nowa Sól / ul. Chałubińskiego 7 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 91 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 1a | | | | | | |
| telefon/ telefony | 721 998 202 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Centrum Medyczne TOPMED | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-120/ul. Zjednoczenia 104 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 721 998 202 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.03.2021r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.05.2021r | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | 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 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021r. | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | 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 | 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. Żyty 26 (teren szpitala) | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 152 940 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | 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 | 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 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.11.2020r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Centrum Medyczne DORMED | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Bankowa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 506 52 22 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 80296509 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Centrum Medyczne DORMED | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Bankowa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 506 52 22 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.03.2021r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021r. | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

| 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 UZD | 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**

| 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

| 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 |
| 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 POZ w zakresie lekarza poz | X |

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

| 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 |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (1) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|---|---------------------------|--|
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | |
| telefon/ telefony | 683296200 683296479 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY - Izba Przyjęć | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | |
| telefon/ telefony | 683296686 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (2) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 957 331 222 | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka ul.Walczaka | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 331 890 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3) | | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
| 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: | 684707810 | | |
| identyfikator REGON | 970327974 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarzy POZ | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684707810 684707868 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 09.02.2021 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej- bud. 23 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2/budynek nr 23 | | 2 |
| telefon/ telefony | 731738000 684707868 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach - filia w Żaganiu | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań.68-100/Żelazna 1a | | 2 |
| telefon/ telefony | 684771202 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (4) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (5) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe | W | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Przemysłowa 2 | | 2 |
| telefon/ telefony | 504232398 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020/ 21.04.2021 r. | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (6) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalny oddział ratunkowy | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 4 | | |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60, 957552431 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 2021-03-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (7) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Alergologiczna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 64 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-01 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (8) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba Przyjęć Szpitala | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | 1 |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRZELCACH KRJ. | - | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/SŁOWACKIEGO 17 | | |
| telefon/ telefony | 957620510 957632825 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-19 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (9) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba Przyjęć | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | |
| telefon/ telefony | 683835328 684197900 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala widowiskowo-sportowa | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Kazimierza Pułaskiego 3 | | |
| telefon/ telefony | 516453849; 517062735 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Europejskie Centrum Kształcenia Ustawicznego i Zawodowego | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Pułaskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 516453849; 517062735 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (10) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Chirurgiczna | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 76 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Chirurgiczna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Skarbowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 68 470 36 92 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalia kryta | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Telemanna 1 | | |
| telefon/ telefony | 533-306-898 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (11) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*,liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Szpital im. Zbigniewa Religi w Słubicach (III piętro) | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony | 095 750 14 10 503779805 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO W RZEPINIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-100/Słubicka 4 | | |
| telefon/ telefony | 95 7582071 95 7596318 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (12) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba Przyjęć Szpitala | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | |
| telefon/ telefony | 412401400 735488981 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - I Zespół Szkół we Wschowie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Kościuszki 11 | | |
| telefon/ telefony | 735486981 662376878 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (13) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigieńskiego sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyzna/66-440/Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | |
| identyfikator REGON | 211184206 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | POZ |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | W | POP |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipki Wielkie/66-431/Szosowa 107 | | |
| telefon/ telefony | 95 731 23 70 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-05 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A | | |
| telefon/ telefony | 95 749 32 85 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Szkoła Skwierzyna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Batorego 14 | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (14) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | |
| telefon/ telefony | 412401858 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Kostrzyńskie Centrum Kultury Kręgielnia | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Fabryczna 5 | | |
| telefon/ telefony | 412401925 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (15) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | |
| telefon/ telefony | 412402100; 515177000 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Szkolno-Wychowawczy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Żaków 1 | | |
| telefon/ telefony | 512 143 832 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (16) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 515 079 185 | '' | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (17) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (18) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Medycyny pracy | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | |
| telefon/ telefony | 684527786 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | | |
|---|---|---------------------------|--|---------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (19) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne | |
| 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 56 | | | |
| identyfikator REGON | 000290133 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Poradnia Neurologiczna | P | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109 | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 87 56 | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-24 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (20) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | | |
| telefon/ telefony: | 68 341 94 55 | | | |
| identyfikator REGON | 000292793 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | P | POP | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | | |
| telefon/ telefony | 683419455 683419450 wewn. 234 | | 1 | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | | 03.02.2021 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (21) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne | |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc | P | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-24 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (22) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E | | |
| telefon/ telefony: | 601 325 200/782 120 251 | | |
| identyfikator REGON | 97800560300020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERAPIA" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 383 06 06 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (23) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 382 39 45 | | |
| identyfikator REGON | 8124206500020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 382 39 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (24) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA BETIUK I KWIATKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2 | | |
| telefon/ telefony: | 691 889 744 | | |
| identyfikator REGON | 8108125400028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 82 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (25) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37 | | |
| telefon/ telefony: | 570 930 061 | | |
| identyfikator REGON | 38235866500018 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37 | | |
| telefon/ telefony | 570 930 061 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (26) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH S.C. B.JANECZKO, A.TRUDNOWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3 | | |
| telefon/ telefony: | 605 205 199 | | |
| identyfikator REGON | 97123738000021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Vita | - | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 28 11 68 382 9 840 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-01 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (27) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO "WIGOR" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8 | | |
| telefon/ telefony: | 508 200 102 | | |
| identyfikator REGON | 97122219000045 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarza Rodzinnego "WIGOR" s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 328 24 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (28) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A | | |
| telefon/ telefony: | 502 566 760 | | |
| identyfikator REGON | 21041486800024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 749 30 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (29) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gronów/66-615/Główna 2E | | |
| telefon/ telefony: | 607 379 331 | | |
| identyfikator REGON | 97125288200023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach | | POP |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gronów/66-615/Główna 2E | - | |
| telefon/ telefony | 68 383 21 92 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (30) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuplice/68-219/Parkowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 68 375 71 17 | | |
| identyfikator REGON | 97069485600024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuplice/68-219/Parkowa 3 | | |
| telefon/ telefony | 68 375 71 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (31) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 663 736 667 | | |
| identyfikator REGON | 41018000000052 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 65 549 23 18 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (32) | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa: | MIEJSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE STASZICA" ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARSKA S.C. ELŻBIETA BABISZKIEWICZ, GRZEGORZ KUSIAK, ELŻBIETA PŁONKA, ILONA SROKA, MELANIA SUSZEK, JANINA TUMIŁOWICZ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24 | | |
| telefon/ telefony: | 605 473 996 | | |
| identyfikator REGON | 21060552200036 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Osiedle Staszica" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24 | | |
| telefon/ telefony | 502 282 977 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (33) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZATORZE s.c. B. Jernajczyk, E. Bieńkowska, J. Jernajczyk, T. Lewandowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43 | | |
| telefon/ telefony: | 603 635 562 | | |
| identyfikator REGON | 97075190400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " ZATORZE " spółka cywilna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43 | | |
| telefon/ telefony | 68 387 79 73 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (34) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Babimost/66-110/Gagarina 18 | | |
| telefon/ telefony: | 667 128 149 | | |
| identyfikator REGON | 97077940000028 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------|---|
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Babimost/66-110/Gagarina 18 | | |
| telefon/ telefony | 68 351 20 24 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (35) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "PRIMUM"S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4 | | |
| telefon/ telefony: | 68 355 20 05 | | |
| identyfikator REGON | 97074999400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4 | | |
| telefon/ telefony | 68 355 20 05 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (36) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA CYWILNA - RYSZARD ILIASZEWICZ, BEATA ILIASZEWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4 | | |
| telefon/ telefony: | 957 516 960 | | |
| identyfikator REGON | 21061426000021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZO PMR MEDICUS S.C | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4 | | |
| telefon/ telefony | 957 516 960 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (37) | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa: | N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łągów/66-220/Toporowska 11 | | |
| telefon/ telefony: | 68 341 20 32 | | |
| identyfikator REGON | 97007286000020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - lek. med. Damian Popa | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łągów/66-220/Toporowska 11 | | |
| telefon/ telefony | 68 341 20 32 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (38) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Arka-Med" s.c. Anna Dusza, Zbigniew Dusza | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 683 552 004 | | |
| identyfikator REGON | 97810870500027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED"s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5 | | |
| telefon/ telefony | 683 552 004 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (39) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | USŁUGI MEDYCZNE MONIKA LIPNICKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Moniuszki 6/3 | | |
| telefon/ telefony: | 501 861 040 | | |
| identyfikator REGON | 211035848 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W DOBIEGNIEWIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBIEGNIEW/66-520/MICKIEWICZA 3 | | |
| telefon/ telefony | 957 611 907 | | 1 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W STARYM KUROWIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE KUROWO/66-542/KOŚCIELNA 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 615 013 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (40) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA "REMEDIUM" S.C. KRZYSZTOF MOCZULSKI,DOROTA MOCZULSKA,KATARZYNA RATAJCZAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 957 289 967 | | |
| identyfikator REGON | 8040974100027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna "REMEDIUM" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 289 967 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (41) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Cicha 7 | | |
| telefon/ telefony: | 655 408 180 | | |
| identyfikator REGON | 30252289700028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Cicha 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 655 408 180 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (42) | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony: | 683 221 072 | | |
| identyfikator REGON | 97062737000037 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony | 683 221 072 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.04.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (43) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 683 888 102 | | |
| identyfikator REGON | 97060848900026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 888 102 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ars Medica Bis | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/1 Maja 30 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 81 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-12 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (44) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Władysław Barski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kępsko/66-200/Kępsko 33 | | |
| telefon/ telefony: | 683 811 828 | | |
| identyfikator REGON | 970066410 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|------------------------------|---|
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Skąpe Władysław Barski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKĄPE/66-213/SKĄPE 37d | | |
| telefon/ telefony | 683 419 234 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (45) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. EWA TWARDOWSKA,ZOFIA HASIK,IRENA ŁUCZAK,MAREK TWARDOWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Grobla 14 | | |
| telefon/ telefony: | 683 873 777 | | |
| identyfikator REGON | 970753263 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych "Familia" s.c. E. Twardowska, Z. Hasik, I. Łuczak, M. Twardowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Grobla 14 | | |
| telefon/ telefony | 683 873 777 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Piaskowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 873 032 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (46) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony: | 683 817 071 | | |
| identyfikator REGON | 381022354 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 665066256 887199919 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbąszynek/66-210/Długa 1 | | |
| telefon/ telefony | 665066256 887199919 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolsko/67-415/Krótką 2 | | |
| telefon/ telefony | 665066256 887199919 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Topmed Filia Babimost | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Babimost/66-110/Wolsztyńska 30 | | |
| telefon/ telefony | 887199919 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 05.02.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szkoła - Gabinet Pielęgniarski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pomorsko/66-105/Bolesława Chrobrego 51 | | |
| telefon/ telefony | 887199919 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminna Sala Sportowa | | 000 |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiechów/66-132/Sulechowska 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 71 381 70 71 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (47) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Teresa Janina Piasecka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A | | |
| telefon/ telefony: | 68 35 25 521; 68 35 25 295 | | |
| identyfikator REGON | 970579144 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A | | |
| telefon/ telefony | 68 352 55 21 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (48) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | AURIS SPÓŁKA JAWNA IZABELA LANGE PAWEŁ LANGE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/ 66-200/ Wałowa 14C | | |
| telefon/ telefony: | 684 763 550 | | |
| identyfikator REGON | 971229417 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA SZCZANIEC | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZANIEC/66-225/SPACEROWA 2A | | |
| telefon/ telefony | 68 3410219 68 4763550 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (49) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "SKARBOWA" T.KREMER I WSPÓLNICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony: | 68 320 21 46 | | |
| identyfikator REGON | 97123359000024 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|-----------------------|---|
| nazwa: | Spółka Lekarska " SKARBOWA " T.Kremer i Wspólnicy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony | 68 320 21 46 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (50) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycza/69-113/Kostrzyńska 15 | | |
| telefon/ telefony: | 607 811 826 | | |
| identyfikator REGON | 8006819700029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycza/69-113/Kostrzyńska 15 | | |
| telefon/ telefony | 95 759 12 96 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (51) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Krzysztof Radkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87 | | |
| telefon/ telefony: | 601 76 16 15 | | |
| identyfikator REGON | 970149580 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Koźuchów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/67-120/ Szprotawska 21 | | |
| telefon/ telefony | 68 355 20 06 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarskie Zacisze NZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87 | | |
| telefon/ telefony | 683 235 531 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (52) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 600 037 850 | | |
| identyfikator REGON | 21020673300044 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1 | | |
| telefon/ telefony | 95 752 04 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (53) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ Rodzinne Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 603 110 869 | | |
| identyfikator REGON | 97062445900032 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzinne Centrum Medyczne" Lila Korczak-Fedyna | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 40 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.03.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (54) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Janusz Ryszard Jankowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13 | | |
| telefon/ telefony: | 533 933 877 | | |
| identyfikator REGON | 21014427400055 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego SANVITA | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13 | | |
| telefon/ telefony | 95 755 81 69 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (55) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Janina Joachimiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Deszczno/66-446/Lubuska 109 | | |
| telefon/ telefony: | 95 75 13 129 | | |
| identyfikator REGON | 210166962 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego Lek. med. Janina Joachimiak | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Deszczno/66-446/Lubuska 109 | | |
| telefon/ telefony | 95 75 13 129 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.03.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (56) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GALMED GAPIŃSKA ZAWADZKA WYSOCKA-PROŃCZUK ANUSEWICZ LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony: | 609 508 891 | | |
| identyfikator REGON | 21100428500024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Galmed" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony | 95 758 20 30 / 95 758 82 44 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (57) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Iwona Wojtkowiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2 | | |
| telefon/ telefony: | 693 334 890 | | |
| identyfikator REGON | 21126997700027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa: | Iwona Wojtkowiak Lekarz Rodzinny | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2 | | |
| telefon/ telefony | 693 334 890 / 95 749 80 84 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (58) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Piotr Ryszard Adamski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pszczew/66-330/Strażacka 4a | | |
| telefon/ telefony: | 695 668 755 | | |
| identyfikator REGON | 21008442500023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Piotr Ryszard Adamski | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pszczew/66-330/Strażacka 4a | | |
| telefon/ telefony | 601 669 209 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (59) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Czesława Janiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | |
| telefon/ telefony: | 785 097 070 | | |
| identyfikator REGON | 97075090000026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Czesława Janiak | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | |
| telefon/ telefony | 68 452 19 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.04.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (60) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH ESKULAP A.GRALIŃSKA-KANIA, G.KANIA, W.POPADIUK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sława/67-410/Parkowa 11c | | |
| telefon/ telefony: | 505 074 483 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 97075196200039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Eskulap Sława | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sława/67-410/Parkowa 11c | | |
| telefon/ telefony | 683 566 426 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (61) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kopernika 3A | | |
| telefon/ telefony: | 600 822 553 | | |
| identyfikator REGON | 970749497 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ | - | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kopernika 3A | | |
| telefon/ telefony | 68 477 69 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (62) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŚLIŃSKI" Przychodnia Lekarza Rodzinnego DARIUSZ BAŚLIŃSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 516 129 330 | | |
| identyfikator REGON | 21104538000014 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BAŚLIŃSKI" - Przychodnia Lekarza Rodzinnego | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5 | | |
| telefon/ telefony | 518558220; 516129330 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (63) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ANMA-MED SC ANETA ZIOPAJA, MAŁGORZATA PAWELSKA-WENDA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyż Wielkopolski/64-761/Adama Mickiewicza 62 | | |
| telefon/ telefony: | 668 279 541 | | |
| identyfikator REGON | 302105780 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANMA-MED. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Sienkiewicza 3a | | 1 |
| telefon/ telefony | 533 873 525 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (64) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5 | | |
| telefon/ telefony: | 957 172 733 | | |
| identyfikator REGON | 210965433 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 172 733 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (65) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszc | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7 | | |
| telefon/ telefony: | 605 930 000 | | |
| identyfikator REGON | 970675416 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszc | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 605 930 000 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (66) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślubórz/74-300/Kościelna15 | | |
| telefon/ telefony: | 957 470 250 | | |
| identyfikator REGON | 812346879 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Ściechowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ściechów/66-433/Ściechów 30 | | 1 |
| telefon/ telefony | 667 910 250 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (67) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Tadeusz WŁODARCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5 | | |
| telefon/ telefony: | 68 360 40 27 | | |
| identyfikator REGON | 971181449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 360 40 27 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Mirostowice Dolne | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirostowice Dolne/68-200/Plac Kościelny 19 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 743 082 | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Kunice | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary-Kunice/68-200/Sikorskiego22 | | |
| telefon/ telefony | 683 638 981 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.03.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (68) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzezie k. Sulechowa/66-100/Czapskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 683 853 557 | | |
| identyfikator REGON | 80219897 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Niepodległości 15 | | |
| telefon/ telefony | 683 854 040 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (69) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "Stom-Med" s.c. Roman Walczak, Jolanta Szulc-Walczak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Chopina 18 | | |
| telefon/ telefony: | 957 835 501 | | |
| identyfikator REGON | 211193754 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Walczaka 12c | | |
| telefon/ telefony | 957 835 501 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (70) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Rutkowska | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-056/Jana Matejki 10 | | |
| telefon/ telefony: | 683 523 338 | | |
| identyfikator REGON | 015616436 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DERMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bojadła/66-130/Stoneczna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 523 338 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (71) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Jadwiga Lebioda | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 662 086 705 | | |
| identyfikator REGON | 210327320 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA LEBIODA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 731 10 71 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (72) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Małgorzata Stefania Jodlińska-Puziuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 781 985 682 | | |
| identyfikator REGON | 210962104 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA „CERTUS” MAŁGORZATA JODLIŃSKA-PUZIUK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 757 60 36 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (73) | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa: | Mieczysław Skrendo | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony: | 68 322 10 70 | | |
| identyfikator REGON | 970269113 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MIECZYŚLAW SKRENDO | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony | 68 322 10 70 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-15 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (74) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ELŻBIETA GLINIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁOWA/68-120/SURZYNA 5 | | |
| identyfikator REGON | 970066982 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZDROWIE ELŻBIETA GLINIAK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁOWA/68-120/SURZYNA 5 | | |
| telefon/ telefony | 68 377 42 58 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (75) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. KRYSZYNA I PIOTR WOJKOWSCY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Witnica/66-460/Piaskowa 4 | | |
| identyfikator REGON | 364855805 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ESKULAP S.C. Krystyna i Piotr Wojkowscy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Witnica/66-460/Piaskowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 95 751 40 86 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (76) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | |
| telefon/ telefony: | 512 072 597 | | |
| identyfikator REGON | 970488068 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | |
| telefon/ telefony | 512 072 597 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (77) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | |
| telefon/ telefony: | 509 922 344 | | |
| identyfikator REGON | 970606705 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | |
| telefon/ telefony | 509 922 344 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (78) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 503 3672 62 | | |
| identyfikator REGON | 630305230 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 376 55 53 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (79) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Katarzyna Błażejewska-Kunęfał | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 | | |
| telefon/ telefony: | 503 850 806 | | |
| identyfikator REGON | 80263987 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE KISIELIN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 320 15 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (80) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Maria Ewa Zapotoczna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25 | | |
| telefon/ telefony: | 68 451 90 12 | | |
| identyfikator REGON | 970679087 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARIMED" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 451 90 12 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (81) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Wioletta Ewa Falandysz-Kuprewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łowa/68-120/Kolejowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 68 377 40 99 | | |
| identyfikator REGON | 971237351 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarska " SALUS " Wioletta Falandysz-Kuprewicz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łowa/68-120/Kolejowa 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 377 40 99 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (82) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Grażyna Czekalska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6 | | |
| telefon/ telefony: | 601 987 880 | | |
| identyfikator REGON | 210441167 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 755 55 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (83) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Tadeusz Kiwka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/66-003/Polna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 608 255 288 | | |
| identyfikator REGON | 970694603 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Zabór | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/66-003/Polna 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 327 40 86 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Filia Praktyki Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Drzonków | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-004/Drzonków-Cisowa 1A | | 2 |
| telefon/ telefony | 68 321 41 73 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (84) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | JABŁOŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiszyn/66-433/Myśluborska 16 | | |
| telefon/ telefony: | 793 696 380 | | |
| identyfikator REGON | 81034378 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Przychodnia "Jabłońscy" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiszyn/66-433/Myśluborska 16 | | |
| telefon/ telefony | 95 731 18 29 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (85) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DROVITA" JAROSŁAW I IWONA DROZD SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3 | | |
| telefon/ telefony: | 608 417 544 | | |
| identyfikator REGON | 971224727 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DROVITA" Jarosław i Iwona Drozd | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3 | | |
| telefon/ telefony | 68 372 30 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (86) | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA IWONA KŁODOWSKA-BIEL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20 | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 32 12 | | |
| identyfikator REGON | 932049051 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska-Biel | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 32 12 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (87) | | | 1 |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa: | Hieronim Górzny | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18 | | |
| telefon/ telefony: | 604 277 395 | | |
| identyfikator REGON | 970613444 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. Hieronim Górzny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18 | | |
| telefon/ telefony | 68 381 30 11 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Kościelna 4A | | |
| telefon/ telefony: | 607 404 601 | | |
| identyfikator REGON | 386274132 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - MARIA SZALEWSKA-KOT | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Kościelna 4A | | |
| telefon/ telefony | 68 352 56 66 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (89) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA DWORCOWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Dworcowa 13 | | |
| telefon/ telefony: | 957 392 950 | | |
| identyfikator REGON | 10656709 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | FILIA SPZOZ "PRZYCHODNIA DWORCOWA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGDANIEC/66-450/LEŚNA 9 | | |
| telefon/ telefony | 957 392 950 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (90) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA ZESPOŁU LEKARZA RODZINNEGO "ZDROVITA" MICHNIEWICZ - MAĆKOWIAK, RÓŁKA, WIŚNIEWSKA - PRAŁAT, ŚNIEG - SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A | | |
| telefon/ telefony: | 683 836 074 | | |
| identyfikator REGON | 971221901 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ-MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓŁKA ,ŚNIEG | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZEWO/66-614/MASZEWO 111 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 831 324 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ-MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓŁKA ,ŚNIEG | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A | | 1 |
| telefon/ telefony | 724900034 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (91) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "POSTĘP" SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | |
| identyfikator REGON | 970626837 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 572 012 438 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|-----------------------|---|
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Osiedle Łużyckie 39 | | |
| telefon/ telefony | 572 012 364 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | |
| telefon/ telefony | 572 012 465 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (92) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 30 | | |
| telefon/ telefony: | 683 911 325 | | |
| identyfikator REGON | 210981001 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 30 | | |
| telefon/ telefony | 683 911 325 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-110/Dworcowa 63 | | |
| telefon/ telefony | 957 597 734 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (93) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŻNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Okrzei 9 | | |
| telefon/ telefony: | 68 36 34 447 | | |
| identyfikator REGON | 971290629 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŻNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Okrzei 9 | | |
| telefon/ telefony | 68 36 34 447 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (94) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Grunwaldzka16 | | |
| telefon/ telefony: | 693 855 094 | | |
| identyfikator REGON | 080172492 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Grunwaldzka16 | | |
| telefon/ telefony | 684 510 000 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Wrocławska 16a | | |
| telefon/ telefony | 684 556 844 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Polna 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 712 658 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Wojska Polskiego 24 | | |
| telefon/ telefony | 684 200 414 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytnica/66-630/Bytnica 125 | | |
| telefon/ telefony | 683 200 099 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bobrowice/66-627/Bobrowice 23 | | |
| telefon/ telefony | 684200414; 693855094 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Poznańska 2 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 77 12 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | POP |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24 | - | |
| telefon/ telefony | 68 322 84 79 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół szkolno-przedszkolny hala sportowa | | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Kilińskiego 11 | - | |
| telefon/ telefony | 683712658 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (95) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" S.C. B.GAWRON,P.KOBYLNIK,W.KOCHAŃSKI,E.PIETRZAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13 | | |
| telefon/ telefony: | 95 75 55 344 | | |
| identyfikator REGON | 210998616 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13 | - | |
| telefon/ telefony | 957555344 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (96) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22 | | |
| telefon/ telefony: | 68 321 26 66 | | |
| identyfikator REGON | 081026634 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22 | - | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 68 321 26 66 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (97) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20 | | |
| telefon/ telefony: | 683711427 | | |
| identyfikator REGON | 970468143 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20 | | |
| telefon/ telefony | 683 711 427 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (98) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 35 92 528 | | |
| identyfikator REGON | 971241832 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 35 92 528 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (99) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59 | | |
| telefon/ telefony: | 68 45 30 100 | | |
| identyfikator REGON | 970684272 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59 | | |
| telefon/ telefony | 68 45 30 100 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (100) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b | | |
| telefon/ telefony: | 68 377 71 373 | | |
| identyfikator REGON | 971237078 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b | | |
| telefon/ telefony | 68 377 71 373 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (101) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 684 751 540 | | |
| identyfikator REGON | 080037021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 2 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 695 345 191 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (102) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony: | 730 580 190 | | |
| identyfikator REGON | 363385770 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bledzew/66-350/Kościuszki 16 | | |
| telefon/ telefony | 574 489 023 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony | 573 453 808 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Ratownictwa Medyczno-Pożarowego w Dobiegniewie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobiegniew/66-520/Staszica 9 | | |
| telefon/ telefony | 957 488 160 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne- Hala Widowiskowo-S | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Oś. Kasztelańskie 8a | | |
| telefon/ telefony | 95 742 69 49 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (103) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "MEDICUS" ABRAMCZYK, BAKSALARY-PATELKA, BIAŁOWAŚ SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 683 874 870 | | |
| identyfikator REGON | 970738312 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Medicus" Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 874 870 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (104) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/66-208/Graniczna 7 | | |
| telefon/ telefony: | 600 278 423 | | |
| identyfikator REGON | 080504178 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/66-208/Graniczna 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 752 051 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (105) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/AI. Niepodległości 15 | | |
| telefon/ telefony: | 68 385 21 99; 68 385 23 17 | | |
| identyfikator REGON | 970747127 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/AI. Niepodległości 15 | | |
| telefon/ telefony | 68 385 21 99; 68 385 23 17 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (106) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 258 | | |
| telefon/ telefony: | 684 558 070 | | |
| identyfikator REGON | 970328821 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 258 | | |
| telefon/ telefony | 684 558 072 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (107) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Puszkina 22 | | |
| telefon/ telefony: | 957 572 217 | | |
| identyfikator REGON | 210213041 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NASZE ZDROWIE " | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Puszkina 22 | | |
| telefon/ telefony | 957 572 217 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.05.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (108) | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 68 32 78 209 | | |
| identyfikator REGON | 080559044 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | | |
| telefon/ telefony | 683 278 209 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (109) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Leszek Białek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5 | | |
| identyfikator REGON | 970640843 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Bohaterów 8 | | |
| telefon/ telefony | 684 571 680 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5 | | |
| telefon/ telefony | 683 710 356 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (110) | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony: | 683 877 551 | | |
| identyfikator REGON | 970744436 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony | 683 877 551 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/8 Maja 9 | | |
| telefon/ telefony | 662 015 900 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.04.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (111) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3 | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3 | | |
| telefon/ telefony | 684 197 900 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Śląska 35 | - | |
| telefon/ telefony | 684 197 900 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (112) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDICUS A. KAROŃ-SOBICZEWSKA I A. SOBICZEWSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A | | |
| telefon/ telefony: | 957 525 253 | | |
| identyfikator REGON | 081038169 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medicus | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A | | |
| telefon/ telefony | 957 525 253 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (113) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Marzanna Grażyna Bidzińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67 | | |
| telefon/ telefony: | 683 278 025 | | |
| identyfikator REGON | 970413308 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67 | | |
| telefon/ telefony | 683 278 025 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśniów Wielki/66-016/Leśniów Wielki 36 | | |
| telefon/ telefony | 683 211 834 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (114) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "MEDICUS" PIERKOŚ I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45 | | |
| telefon/ telefony: | 683 671 477 | | |
| identyfikator REGON | 977942004 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45 | | |
| telefon/ telefony | 683 671 477 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Filia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gozdnica/68-130/Ceramików 30 | | |
| telefon/ telefony | 683 601 081 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (115) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślubórz/74-300/Kościelna15 | | |
| telefon/ telefony: | 957 470 250 | | |
| identyfikator REGON | 812346879 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Stawie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Staw/66-433/Staw 55 | | |
| telefon/ telefony | 667 910 250 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (116) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|---|---------------------------|--|
| nazwa: | "ALDEMED" CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 353 05 36 | | |
| identyfikator REGON | 363377516 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka Filia Zastal | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-114/Towarowa 20 | | |
| telefon/ telefony | 68 353 06 00 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 353 06 00 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-547/Oś. Śląskie 5D | | |
| telefon/ telefony | 683530600 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-01 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala lekkoatletyczna - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-147/Sulechowska 37 | | |
| telefon/ telefony | 683530600 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021/ 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-24 | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (117) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMNIBUS" SPÓŁKA CYWILNA JANUSZ KOŁODZIEJCZYK, IWONA KOŁODZIEJCZYK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Chrobrego 3 | | |
| telefon/ telefony: | 601 186 637 | | |
| identyfikator REGON | 977936446 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMNIBUS" s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Chrobrego 3 | | |
| telefon/ telefony | 601 186 637 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (118) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7 | | |
| telefon/ telefony: | 95 76 21 257 | | |
| identyfikator REGON | 211010423 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 502 664 948 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (119) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ossowski Mikołaj NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8 | | |
| telefon/ telefony: | 684 571 777 | | |
| identyfikator REGON | 977919502 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED" | | POP |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8 | - | |
| telefon/ telefony | 684 571 777 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (120) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" spółka cywilna Grażyna Maciejek, Krzysztof Wolańczyk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 957 573 072 | | |
| identyfikator REGON | 211179381 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5 | | |
| telefon/ telefony | 95 757 30 72 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (121) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ELŻBIETA ŁAZARÓW-JANIAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELVITA" PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO,PRAKTYKA SPECJALISTYCZNA Z ZAKRESU MEDYCyny RODZINNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9 | | |
| telefon/ telefony: | 683 781 191 | | |
| identyfikator REGON | 970348143 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elżbieta Łazarów-Janiak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELVITA" Praktyka Lekarza Rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9 | | |
| telefon/ telefony | 683 781 191 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (122) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOVA - MED" SPÓŁKA CYWILNA ANNA HAWĘŁKA, GRZEGORZ HAWĘŁKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15 | | |
| telefon/ telefony: | 68 36 23 264 | | |
| identyfikator REGON | 971222540 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NOVA- MED" s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | 683 623 264 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (123) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZO "MEDICUS" s.c. Ewa Grzegorzewicz, Roman Karasiewicz, Żaneta Helman | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipinki łużyckie/68-213/Żarska 4a | | |
| telefon/ telefony: | 68 375 24 29 | | |
| identyfikator REGON | 971222556 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipinki łużyckie/68-213/Żarska 4a | | |
| telefon/ telefony | 683 752 429 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiel/68-212/Tuplicka 2b | | |
| telefon/ telefony | 682 755 062 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (124) | | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa: | "VITA" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA TOMIAK I WSPÓLNICY | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/Dworcowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 683 550 291 | | |
| identyfikator REGON | 970613177 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "VITA" Zespół Lekarza Rodzinnego s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/Dworcowa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 550 291 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (125) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | DANUTA MIKOŁAJCZYK - JASIŃSKA PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19 | | |
| telefon/ telefony: | 957 629 359 | | |
| identyfikator REGON | 368884933 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " Przychodnia Lekarza Rodzinnego " | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 7629359; 796062373 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (126) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 683 321 528 | | |
| identyfikator REGON | 081195331 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5 | | 2 |
| telefon/ telefony | 660 512 770 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (127) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2 | | |
| telefon/ telefony: | 683 200 109 | | |
| identyfikator REGON | 361663985 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 200 109 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (128) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH J. Jarosz, Z. Owczarek, K. Czekalska, G. Krawiec | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16 | | |
| telefon/ telefony: | 95 7206810; 95 7250251 | | |
| identyfikator REGON | 210465653 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 206 810 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.04.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (129) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27 | | |
| telefon/ telefony: | 683255330; 683270264 | | |
| identyfikator REGON | 971232098 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------|---|
| nazwa: | Przychodnia Lekarska " ZAMENHOFA " spółka cywilna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27 | | |
| telefon/ telefony | 571 237 212 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (130) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 683 202 482 | | |
| identyfikator REGON | 971182733 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 683 202 482 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (131) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 683 204 235 | | |
| identyfikator REGON | 971225359 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ FAMILIA s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 204 235 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (132) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a | | |
| telefon/ telefony: | 780 177 088 | | |
| identyfikator REGON | 977910470 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a | | |
| telefon/ telefony | 780 177 088 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (133) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 655 407 140 | | |
| identyfikator REGON | 971211529 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4 | | |
| telefon/ telefony | 65 540 71 40 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (134) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 68 351 41 32 | | |
| identyfikator REGON | 971311550 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 68 351 41 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (135) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a | | |
| telefon/ telefony: | 788 354 808, 538 528 497 | | |
| identyfikator REGON | 977901011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a | | |
| telefon/ telefony | 538 528 497 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (136) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony: | 504 013 428 | | |
| identyfikator REGON | 970072741 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera | - | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony | 504 013 428 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (137) | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA - BODNAR" S.C. | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 606 1326 49 68 477 69 90 | | |
| identyfikator REGON | 971231160 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego "Kowalska - Bodnar" s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 477 69 94 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-02 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (138) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | |
| identyfikator REGON | 971232365 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | |
| telefon/ telefony | 531 944 757 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (139) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Izabela Ostrowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14 | | |
| identyfikator REGON | 211045396 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ BASIS Przychodnia Lekarza Rodzinnego Izabela Ostrowska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14 | | |
| telefon/ telefony | 95 735 89 93 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (140) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18 | | |
| telefon/ telefony: | 509 111 651, 95 742 04 38 | | |
| identyfikator REGON | 210144529 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18 | | |
| telefon/ telefony | 95 742 04 38 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (141) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIEŚŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 530 250 052, 68 387 46 74 | | |
| identyfikator REGON | 970751347 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIEŚŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 387 46 74 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (142) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | EUVERSITY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Daszyńskiego 1 | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 503982529 957183084 | | |
| identyfikator REGON | 301772379 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Brandmed | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ślubice/69-100/Daszyńskiego 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957582649 518011108 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (143) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GORZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE MEDI-RAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17 | | |
| telefon/ telefony: | 957835200 wew 1 | | |
| identyfikator REGON | 300904710 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gorzowskie Centrum Medyczne Medi-Raj Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957835200 wew 1 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Przystań Sportów Wodnych | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Fabryczna 175 | | 3 |
| telefon/ telefony | 95 721 63 13 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (144) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-676/Postępu 21C | | |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa: | Centrum Medyczne LUX MED. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B | | 1 |
| telefon/ telefony | 223322849 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (145) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-409/Staniława Moniuszki 8d/40 | | |
| telefon/ telefony: | 888844401 | | |
| identyfikator REGON | 362768249 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23 | | 1 |
| telefon/ telefony | 500112504 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 / 22.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (146) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32 | | |
| telefon/ telefony: | 957412204 | | |
| identyfikator REGON | 210963492 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32 | | 1 |
| telefon/ telefony | 516294347 w godz. 10.00-13.00 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (147) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17 | | |
| telefon/ telefony: | 957632557 | | |
| identyfikator REGON | 360915580 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17 | | |
| telefon/ telefony | 957814834 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bobrowko/66-510/Leśna 5 | | |
| telefon/ telefony | 95 717 34 00 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (148) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17 | | |
| telefon/ telefony: | 957631181 | | |
| identyfikator REGON | 211281725 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17 | | |
| telefon/ telefony | 509268378 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (149) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Lekarza Rodzinnego Swiętłana Winnicka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 512304465 | | |
| identyfikator REGON | 210384890 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarza Rodzinnego Świętłana Winnicka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 757 59 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (150) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYC | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 698691619 | | |
| identyfikator REGON | 367581053 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYC | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Muzealna 46 | | 1 |
| telefon/ telefony | 667226334 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zajazd Nadodrze | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Sadowa 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 724567135 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowosolski Dom Kultury | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Marszałka J. Piłsudskiego 49 | | 3 |
| telefon/ telefony | 699711845 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (151) | | szczepienia personelu | szczepienia populacyjne |
| nazwa: | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 101a | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| telefon/ telefony: | 602 650 949 | | |
| identyfikator REGON | 971246290 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23 | | |
| telefon/ telefony | 602 650 949 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski - Punkt Szczepień Żagań Kompleks Widowiskowo-Sportowy "ARENA" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kochanowskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 602 650 949 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (152) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28 | | |
| telefon/ telefony: | 600664993 | | |
| identyfikator REGON | 211202996 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28 | | |
| telefon/ telefony | 692793736 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (153) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/ 66-003/Zamkowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 321 80 08 | | |
| identyfikator REGON | 970774176 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|---------------------------|---|
| nazwa: | Izba Przyjęć | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/ 66-003/Zamkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 321 80 08 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-04-22 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (154) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz" | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2 | | |
| telefon/ telefony: | 95 752 52 23 | | |
| identyfikator REGON | 210161143 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2 | | |
| telefon/ telefony | 95 752 52 23 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (155) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "RODZINNA" W. SZLĘK-KRÓLIKOWSKA & A. SZUMKOWSKA SPÓŁKA JAWNA | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a | | |
| telefon/ telefony: | 609 665 655 | | |
| identyfikator REGON | 365405560 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Rodzinna" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a | | |
| telefon/ telefony | 68 888 02 60 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (156) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA GANECKA | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konotop/67-416/Polna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 352 42 79 | | |
| identyfikator REGON | 970068656 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA GANECKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konotop/67-416/Polna 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 352 42 79 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (157) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DORMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 685 065 222 | | |
| identyfikator REGON | 8029650900023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DORMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1 | | |
| telefon/ telefony | 685065222 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DORMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULECHÓW/66-100/Al. Niepodległości 15 | | |
| telefon/ telefony | 685065222 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 16.02.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (158) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Paramedic24 Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Koniawska 30B | | |
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | |
| identyfikator REGON | 32148205100029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia Krasowiec | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasowiec/66-425/Krasowiec 29 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 577199848 | - | 1 |
| Data dodania do wykazu | 05.02.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogdaniec/66-400/Pocztowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 577199484 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - MGOKSiR w Nowogrodzie Bobrzańskim | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Pocztowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 577199484 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 2 | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Kościuszki 41 | | |
| telefon/ telefony | 577199484 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-25 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (159) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A | | |
| telefon/ telefony: | 683525023 | | |
| identyfikator REGON | 97074263800025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A | | |
| telefon/ telefony | 728722158 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.02.2021 r. | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (160) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8 | | |
| telefon/ telefony: | 957202036; 95 7202060 | | |
| identyfikator REGON | 80050814 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8 | | |
| telefon/ telefony | 730 630 082 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-12 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (161) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Magdalena Grzesiak-EM-MED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1 | | |
| telefon/ telefony: | 723353069 | | |
| identyfikator REGON | 81006531 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Magdalena Grzesiak-EM-MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Kościuszki 24A | | |
| telefon/ telefony | 523245268 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-12 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Magdalena Grzesiak-EM-MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1 | | |
| telefon/ telefony | 957287225 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (162) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dental-Med. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3 | | |
| telefon/ telefony: | 608045139 | | |
| identyfikator REGON | 08044768700028 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|------------------------------|---|
| nazwa: | Dental-Med. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3 | | |
| telefon/ telefony | 791306910 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-16 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (163) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-301/Głowackiego 8a | | |
| telefon/ telefony: | 68 453 62 82 | | |
| identyfikator REGON | 971285918 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-409/Westerplatte 23 | | |
| telefon/ telefony | 881452519 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (164) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Spółka Jawna | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (168) | Gorzów Wlkp./66-400/Węlniany Rynek 1/9 | | |
| telefon/ telefony: | 95 758 01 17 | | |
| identyfikator REGON | 81090046 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Sp. J. Poradnia (gabinet) lekarza poz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6/7 | | |
| telefon/ telefony | 95 758 01 17 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (165) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/67-120/Kraszewskiego 16/2 | | |
| telefon/ telefony: | 669355209 | | |
| identyfikator REGON | 80401774 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BABIMOST/66-110/Plac Powstańców Wlkp. 9 | | |
| telefon/ telefony | 724 101 212 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (166) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/67-120/Obywatelska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 606106849 | | |
| identyfikator REGON | 97002066100059 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/67-120/Obywatelska 5 | | |
| telefon/ telefony | 683 552 547 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 04.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (167) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ „DENTICO” PORADNIA STOMATOLOGICZNA ANNAPATRYCJA HAMPEL SMOLIŃSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 601 775 661 , 68 3278037 | | |
| identyfikator REGON | 97068911100022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ DENTICO | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 683 278 037 | - | 2 |
| Data dodania do wykazu | 15.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (168) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Fundacja „Nasze Zdrowie” | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 23E | | |
| telefon/ telefony: | 957 332 661 | | |
| identyfikator REGON | 21004505200028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji „Nasze Zdrowie” NZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 23E | | |
| telefon/ telefony | 798 791 208 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (169) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Dentystyczna Michał Puciło | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12 | | |
| telefon/ telefony: | 690 990 500 | | |
| identyfikator REGON | 362729522 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Stomatologia Puciło | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12 | | |
| telefon/ telefony | 533 733 003 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (170) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GORZOWIE WLKP. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11 | | |
| telefon/ telefony: | 957 281 237 | | |
| identyfikator REGON | 21096334500025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 281 237 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.03.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (171) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | +48697970134 | | |
| identyfikator REGON | 8117758600020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | +48737168074 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (172) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wiktoria-Król Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzyń/67-410/Stoneczna 51 | | |
| telefon/ telefony: | 68 35 66 018, 608673192 | | |
| identyfikator REGON | 971293326 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy "Wiktoria-Król" w Radzynie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzyń/67-410/Stoneczna 51 | | 2 |
| telefon/ telefony | 888 239 622 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (173) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SZPAK-ART Mariusz Szpakowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-110/Juliusza Słowackiego 35B/5 | | |
| telefon/ telefony: | 608106160 | | |
| identyfikator REGON | 362627738 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowa Dent Gabinet Stomatologa w Sulęcinie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Przemysłowa 26 | | |
| telefon/ telefony | 608 106 160 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-110/Słubicka 17 | | |
| telefon/ telefony | 608 106 160 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna w Szkole Podstawowej | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Markiewiczowej 7 | | |
| telefon/ telefony | 608 106 160 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stary Żagań/68-100/Stary Żagań 6 | | |
| telefon/ telefony | 608 106 160 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (174) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Tomasz Szatkowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Ignacego Paderewskiego | | |
| telefon/ telefony: | 606210227 | | |
| identyfikator REGON | 81111297 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Lodowisko CSR Słowianka | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Słowiańska 14 | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 506 664 993 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (175) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Cholewa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 5 | | |
| telefon/ telefony: | 506137768 | | |
| identyfikator REGON | 320308894 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieganów/69-108/Bieganów 11 | | |
| telefon/ telefony | 783 460 735 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (176) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GPP CORDA Radziszewski i Partnerzy Sp.P | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kochanowskiego 15/1 | | |
| telefon/ telefony: | 504102675 | | |
| identyfikator REGON | 80490602 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala gimnastyczna | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | łowa/68-120/Piaskowa 2b | | |
| telefon/ telefony | 683 775 821 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (177) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska Jędrzej Przygodzki | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Lipowa 6a/6 | | |
| telefon/ telefony: | 694284884 | | |
| identyfikator REGON | 081092973-0000 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Gminny Ośrodek Kultury | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojcieszyce/66-415/Wspólna 45 | | |
| telefon/ telefony | 694 284 884 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (178) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | POMAGAM Usługi pielęgniarские Spółka Jawna K.Bulwan, S.Wrotecka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Tadeusza Kościuszki 28 | | |
| telefon/ telefony: | 664 049 291 | | |
| identyfikator REGON | 8029374100029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Strzelecki Ośrodek Kultury | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wojska Polskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 792665001; 731066500 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (179) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 684 521 558 | | |
| identyfikator REGON | 971270615 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 452 15 63 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (180) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Małgorzata Chrzanowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Sikorskiego 19A | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 957 572 217 | | |
| identyfikator REGON | 080010588 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | " NASZE ZDROWIE " | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Śłońsk/66-436/Puszkina 22 | | |
| telefon/ telefony | 957 572 217 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (181) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GEMINI PHARM SP. Z O. O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/ 81-368/ Świętojańska 16 | | |
| telefon/ telefony: | 48 798 117 879 | | |
| identyfikator REGON | 363362986 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 29/1 | | |
| telefon/ telefony | 683 598 939 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (182) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | FARMACJA MGR FARM.KAROLINA ŁUSIEWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/1 Maja 3M | | |
| telefon/ telefony: | 068 458 80 90 | | |
| identyfikator REGON | 080476252 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka MIÓD MALINA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/1 Maja 3M | | |
| telefon/ telefony | 512 247 717 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (183) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Vitamina Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/68-208/Wojska Polskiego 1 A | | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--|
| telefon/ telefony: | | | |
| identyfikator REGON | 978054607 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Vitamina | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/68-208/1 Maja 4 | | |
| telefon/ telefony | 683 753 416 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (184) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA WZGEM SP. z o.o. | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/80-309/Grunwaldzka 411 | | |
| telefon/ telefony: | 48 881 963 077 | | |
| identyfikator REGON | 363098153 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/B. Chrobrego 18 | | |
| telefon/ telefony | 684 448 944 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (185) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GL-Pharma Grzegorz Lewandowski | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 19a/1 | | |
| telefon/ telefony: | 48 667 938 661 | | |
| identyfikator REGON | 364503182 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 19a/1 | | |
| telefon/ telefony | 731 555 369 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (186) | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka „GEMINI” HUTTER Sp. z o.o. | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo/84-202/Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 48 882 117 893 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|------------------------------|---|
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sikorskiego 120-121 | | |
| telefon/ telefony | 95 717 01 21 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 24.06.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (187) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Max-Pharma Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybnik/44-200/Jana III Sobieskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 48 512 171 730 | | |
| identyfikator REGON | 363886382 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Marcinkowskiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 518 302 970 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (188) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GW FARMA Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieruń/43-150/Chemiczków 3 | | |
| telefon/ telefony: | 48 512 171 730 | | |
| identyfikator REGON | 367280848 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wyzwolenia 4 | | |
| telefon/ telefony | 502 578 259 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (189) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Hygea Med Sp z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy/43-100/Fabryczna 45 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 723 222 553 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Krakowskie Przedmieście 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 360 78 47 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (190) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Pluspharma Sp. z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybnik/44-200/Jana III Sobieskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 723 222 553 | | |
| identyfikator REGON | 243533254 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 781 785 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (191) | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GWM FARM Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Na Skarpie 49/d | | |
| telefon/ telefony: | 957 295 276 | | |
| identyfikator REGON | 211303540 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Kazimierza Wielkiego 86 | | 3 |
| telefon/ telefony | 698 971 305 | | |
| Data dodania do wykazu | 02.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL)), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS -

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | |
|---|--|
| nazwa: | Krystyna Ichnowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Emilli Plater 1 |
| telefon/ telefony: | 683723000 |
| identyfikator REGON | 97006688700073 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów: 1 |
| obszar działania: | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | |
| nazwa: | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych MEDYK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Muzealna 46 |
| telefon/ telefony: | 698691619 |
| identyfikator REGON | 36758105300017 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów: 1 |
| obszar działania: | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | |
| nazwa: | Paramedic24 Sp. zo.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Koniawska 30B |
| telefon/ telefony: | 577199848 |
| identyfikator REGON | 32148205100029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów: 2 |
| obszar działania: | Strzelecko-Drezdenecki, Gorzowski, m. Gorzów Wielkopolski, Międzyrzecki, Sulęciński, Słubicki, Świebodziński |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | |
| nazwa: | Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-048/Al. Niepodległości 1 |
| telefon/ telefony: | 683530600 |

| | |
|--|--|
| identyfikator REGON | 36337751600047 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów: 1 |
| obszar działania: | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

| | | |
|--|--|------------------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | np. Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | |
| nazwa: | DAVITA Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/54-202/Legnicka 48 BUD. F | |
| telefon/ telefony: | 71 342 98 50 | |
| identyfikator REGON | 145884498 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Stacja Dializ Drezdenko | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | |
| telefon/ telefony | 95 76 38 321 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Stacja Dializ Żary | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Bohaterów Getta 13 | |
| telefon/ telefony | 68 36 36 721 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Stacja Dializ Świebodzin | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Młyńska 7 | |
| telefon/ telefony | 68 38 20 650 | |
| Data dodania do wykazu | 10.03.2021r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | |
| nazwa: | Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań/60-118/Krzywa 13 | |
| telefon/ telefony: | 61 83 92 662 | |
| identyfikator REGON | 634254014 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Ośrodek Dializ nr 11 w Kostrzynie nad Odrą | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Narutowicza 8 | |
| telefon/ telefony | 781440179 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w
związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

**Wykaz podmiotów udzielających świadczenie Dodatkowy koszt pobytu pacjenta
COVID-19 niezawarty w kosztach JGP**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|---|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | Szpital Rehabilitacyjno-Lecznicy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Wojnowo 7A | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 352 50 23 | | | | | |
| identyfikator REGON | 970742638 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji dla Dzieci | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Wojnowo 7a | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 352 50 23 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| 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: | 41 240 18 82 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080188702 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 82 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Zwycięstwa 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 797606276 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310396 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/AI. Niepodległości 19 | | | | | |
| telefon/ telefony | 797606276 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Jana Dekerta 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 733 12 23 | | | | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 42 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 733 12 03 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|-------------------------------------|--|---|--|---|
| nazwa: | Dział Rehabilitacji | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Jana Dekerta 1 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 95 733 18 25 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-08 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REH-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zagań/66-100/Jarzębinowa 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 477 69 11 | | | | | |
| identyfikator REGON | 971235694 | | | | | |
| | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Pracownia fizjoterapii | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zagań/66-100/Jarzębinowa 3 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 68 477 69 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-04 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | "PRESPO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ślubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 758 32 53 | | | | | |
| identyfikator REGON | 081052324 | | | | | |
| | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zakład Usług Medycznych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRESPO" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ślubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 95 758 36 66, 95 758 32 53 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-04 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Henryka Sucharskiego 6A | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony: | 68 372 00 88 | | | | | |
| identyfikator REGON | 970491640 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Henryka Sucharskiego 6A | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 372 00 88 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA" s.c. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Dworcowa 49 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 477 69 77 | | | | | |
| identyfikator REGON | 971235820 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Dworcowa 49 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 477 69 77 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji "NASZE ZDROWIE" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 23E | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 733 26 61 | | | | | |
| identyfikator REGON | 210045052 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 23E | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 733 26 85 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | Gevorgyan-Kondycka Knkush Centrum Rehabilitacyjne | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/66-200/Głogowska 5A | | | | | |
| telefon/ telefony: | 792 399 577 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080439140 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/66-200/Głogowska 5A | | | | | |
| telefon/ telefony | 792 399 577 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Brzezina k.Sulechowa 2 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 385 35 57 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080219897 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół Rehabilitacji Domowej | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/al. Niepodległości 15 | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 479 530 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD FIZJOTERAPII "ARTEM" SPÓŁKA CYWILNA AGNIESZKA PATAN, EDYTA JASMAN-JOCZ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536 /Stefana Wyszyńskiego 99 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 323 06 58 | | | | | |
| identyfikator REGON | 971223751 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Stefana Wyszyńskiego 99 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 323 06 58 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rehabilitacyjna Vital | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/Rzekcin 5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 724 924 172 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080005311 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wodociągowa 14c | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 928 080 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK REHABILITACJI LECZNICZEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kościuszki 27 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 387 23 46 | | | | | |
| identyfikator REGON | 970704313 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Fizjoterapia ambulatoryjna | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kościuszki 27 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 387 23 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WIKTORIA KRÓL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stawa/67-410/Radzyń/Śloneczna 51 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony: | 68 35 66 018, 608 673 192 | | | | | |
| identyfikator REGON | 971293326 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział (pracownia) fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzyń/67-410/Stoneczna 51 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 356 60 18 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GORZOWSKA LEZCNICA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa Piłsudskiego 1B | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 732 12 86 | | | | | |
| identyfikator REGON | 210025581 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa Piłsudskiego 1B | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 725 91 07 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | BTZ KOWAL REHABILITACJA SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Norwida 4 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony: | 95 763 81 01 | | | | | |
| identyfikator REGON | 361116154 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Norwida 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 763 81 01, 698 760 064 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Osów/66-530/Osów 62 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 762 59 83, 698 760 064 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE MARIA JAMROZIK | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Henryka Wieniawskiego 3 B | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 374 58 94 | | | | | |
| identyfikator REGON | 006100872 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Henryka Wieniawskiego 3 B | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 375 96 67 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL MIĘDZYRZECKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miedzyniec/66-300/Komstytucji 3 Maja 35 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 82 07 | | | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | Dział Fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów/66-300/Komstytucji 3 Maja 35 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 78 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REHABILITACYJNA "NAD ŁAŻNIĄ" IRENA WOLTER-JĘDRUSIAK, MIROSLAWA ZAGÓRSKA-WICIAK SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Jagiełły 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 722 48 74 | | | | | |
| identyfikator REGON | 211055510 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Jagiełły 11 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 722 48 74 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL IM. PROFESORA ZBIGNIEWA RELIGI W SŁUBICACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 758 20 71 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080445872 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział Fizjoterapii w Słubicach | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 758 20 71 wew. 362 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROWINCJA POZNAŃSKA Poznań/61-878/ Łąkowa 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 852 46 48 | | | | | |
| identyfikator REGON | 040008832 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-075/Plac Powstańców Wielkopolskich 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 325 40 98 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnika 22 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 32 329 61 52 | | | | | |
| identyfikator REGON | 240247306 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Jana Dekerta 59b | | | | | |
| telefon/ telefony | 665 553 460 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Kardynała Stefana Wyszyńskiego 23A | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierczyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Wałowa 14C | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzyn/66-235/Wojska Polskiego 52/24 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729, 665 553 460 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ślubice/69-100/Wojska Polskiego 55A | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729, 665 553 460 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół rehabilitacji domowej | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Bohaterów Wojska Polskiego 24 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 887 729, 665 553 460 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| 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/Zyty 26 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 329 62 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 970773231 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zespół Rehabilitacji Domowej | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-046/Zyty 26 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 329 65 43 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Stowarzyszenie Hospicjum Św. Kamila | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/ Stilonowa 21 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 307 03 87 | | | | | |
| identyfikator REGON | 210242775 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział (pracownia) fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/ Stilonowa 21 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 307 01 57 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-19 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL IM. DR NAUK MEDYCZNYCH RADZIMIRA ŚMIGIELSKIEGO 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 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Rehabilitacja ambulatoryjna | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 w. 88 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-24 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Fizjoterapia" Karina Tatarewicz | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Topolowa 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 667 309 090 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080122382 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział Fizjoterapii | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 7/8 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 667 309 090 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Dział Fizjoterapii | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220 /Rybacka 3b | | | X | | |
| telefon/ telefony | 667 309 090 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 341 63 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 080467187 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 68 341 63 03 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 341 63 05 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Poznańska 109 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 87 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290133 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Pracownia Fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Poznańska 109 | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 87 52 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-07 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | "POSTEP" SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 60 30 | | | | | |
| identyfikator REGON | 970626837 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Pracownia Fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 11 10 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIBORZU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 341 94 55 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------------------|---|---|--|---|
| identyfikator REGON | 000292793 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Zakład Fizjoterapii | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 341 95 50 w. 320 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-15 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |