

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - wg stanu na dzień 07 czerwca 2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                                                                               | katalog realizowanych świadczeń |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                             |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 683296200                                                                                                     |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 970773231                                                                                                     |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                                                               | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych                                                                            |                                 | X                                         |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                             |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200                                                                            |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020r.                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                                               | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                                   | 2                               |                                           |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                             |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 68 32 96 340                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020r.                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                               | 01.06.2021r.                    |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                                                               | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Akademik "Wcześniak"                                                                                          |                                 |                                           | X           |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67                                                                 |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 29.04.2020r.                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.06.2021r.                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                               | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Tymczasowy                                                                                            |                                 | X                                         |             |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                             |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 68 329 62 00                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.12.2020r.                                                                                                  |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                                               | katalog realizowanych świadczeń |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | II/III*                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 957 331 222                                                                                                   |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 211228381                                                                                                     |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                                                   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------|
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                        | X                                         |             |                                     |                                    | X                                   | S            | II/III* |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 (wraz z Zespołem Szpitalnym przy ul. Walczaka 42) |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |         |
| telefon/ telefony                                 | 957 331 222                                                                                       |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020r.                                                                                      |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |         |

\*II/III obowiązuje od 01 czerwca 2021r.

| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań       |                                  |
| nazwa:                                            | Hotel Villa Nowa                                                                           |                                 |                                           | X           |                                     |                                    |                                     |                    | I*/II                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74                                                                |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                            |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020r.                                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.05.2021r.                                                                               |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                            | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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) | I*/II                            |
| 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 | izolatorium | 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| nazwa: Zespół transportu medycznego                                                       | 3                      |                                           |             |                                     |                                    |                                     | M (10 zespołów wymazowych) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| telefon/ telefony 601 631 484                                                             |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| Data dodania do wykazu 20.03.2020r.                                                       |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                 |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                                                          | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań               |
| nazwa: Zespół transportu medycznego                                                       | 2                      |                                           |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 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 | izolatorium | 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                              |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | II/III*                          |
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                              |                                 | X                                         |             |                                     |                                    | X                                   |              | II/III*                          |
| 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                                                          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

\*III poziom obowiązuje od dnia 12 marca 2021r.

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

|                                                   |                                         |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                         | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.         |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 95 742 83 00                            |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| identyfikator REGON                               | 210368418                               |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy             |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           | X                                          | S                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 95 742 82 81                            |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020r.                            |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                         |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |
| nazwa:                                            | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.         |                                        | X                                                |                    |                                            |                                           |                                            | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 95 742 83 00                            |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020r.                            |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                         |                                        |                                                  |                    |                                            |                                           |                                            |                                         |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                    | katalog realizowanych świadczeń |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chatubińskiego 7                   |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 68 388 21 00                                       |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 970774733                                          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                    | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                        |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chatubińskiego 7                   |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chatubińskiego 7                   | X                               |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | izolatorium | 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 |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 95 762 05 10                                                        |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 080396330                                                           |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     | X                               |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 68 383 5328                        |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 366423412                          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                    | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |





| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                     | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                        | X                                         |             |                                     |                                    | X                                   | S            | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6                                         |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 412 402 100                                                         |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020r.                                                        |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                        |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                                                   | katalog realizowanych świadczeń |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1                                    |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 412 402 311                                                       |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 320592406                                                         |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                   | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | izolatorium | 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       |                                                                                           | katalog 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 | izolatorium | 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 | izolatorium | 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 |  | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
|---------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|





| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                          | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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:                                            | Spółdzielnia Rehabilitacja w Gościmiu Spółdzielnia Osób Prawnych        |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościń 89                                              |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | (095)762 42 21                                                          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 6105148                                                                 |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacyjno- Wypoczynkowy im. prof. Wiktora Degi w Gościmiu |                                 |                                           | X           |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościń 89                                              |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | (095)762 42 21                                                          |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020r.                                                            |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                                       | katalog realizowanych świadczeń |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14                      |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 699 713 999                                           |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 367581053                                             |                                 |                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                       | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |



**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     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO     | <b>X</b> |

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

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

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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>                                                                                                   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                   | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP                        | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM                        | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ w zakresie lekarza poz | <b>X</b>                                                              |

**Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna**

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



**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 683296200                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 970773231                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych                                                                               | W                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 683296200 683296479                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                                       |                                | 2021-01-07                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | SZPITAL TYMCZASOWY - Izba Przyjęć                                                                                |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 683296686                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-22                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                |                                    |

|                                                   |                                                                                                  |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 957 331 222                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 211228381                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka ul.Walczaka                                            | W                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 957 331 890                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 684707810                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 970327974                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarzy POZ                                                                             | W                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 684707810 684707868                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                                |                                    |

|                                                   |                                                                                                              |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej- bud. 23          |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2/budynek nr 23                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 731738000 684707868                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021 r.                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach - filia w Żaganiu |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań.68-100/Żelazna 1a                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 684771202                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021 r.                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                        |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy                      | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                         |                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.                        |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 95 742 83 00                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 210368418                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe     | <b>W</b>                       | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Przemysłowa 2                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 504232398                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020/ 21.04.2021 r.                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 95 755 22 60                                           |                                |                                    |

|                                                   |                                           |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000300736                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Szpitalny oddział ratunkowy               | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 4        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 95 755 22 60, 957552431                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                |                                | 2021-03-26                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 68 388 21 00                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 970774733                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy               | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                         |                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                     |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | Poradnia Alergologiczna                                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 1                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 68 388 21 64                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-01                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 95 762 05 10                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 080396330                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć Szpitala                                               | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 95 762 05 10                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRZELCACH KRJ.   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                         |                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                |                                |                                    |
|                                                   |                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                             | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                         |                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala widowiskowo-sportowa |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Kazimierza Pułaskiego 3         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 516453849; 517062735                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021 r.                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Europejskie Centrum Kształcenia Ustawicznego i Zawodowego |                                | <b>4</b>                           |
| 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                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻARY/68-200/Pszenna 2                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 475 76 00                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 977947094                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Chirurgiczna                                                                    | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Chirurgiczna                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalnia kryta                                        |                                | <b>3</b>                           |
| 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                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 095 750 14 10                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 080445872                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ Szpital im. Zbigniewa Religi w Słubicach (III piętro)                            | <b>W</b>                       | <b>2</b>                           |
| 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                                                                            |                                | 2021-01-07                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                  |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO W RZEPINIE                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzepin/69-100/Słubicka 4                                         |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 7582071 95 7596318                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33                                     |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 412 401 400                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 320233950                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć Szpitala                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33                                     | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 412401400 735488981                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                       |                                | 2021-01-07                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - I Zespół Szkół we Wschowie        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wschowa/67-400/Kościuszki 11                                     |                                | <b>5</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 735486981 662376878                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 19.04.2021 r.                                                    |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                         |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 95 717 00 39                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 211184206                                                                                               |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza POZ                                                                                     | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 95 717 00 39                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                              |                                | 2021-01-07                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza POZ                                                                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipki Wielkie/66-431/Szosowa 107                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 95 731 23 70                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-05                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza POZ                                                                                     |                                |                                    |

|                                                    |                                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przytoczna/66-340/Główna 1A                                                |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 749 32 85                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 03.02.2021 r.                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                            |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 412 401 800                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 080188702                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                            | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 412401858                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                 |                                | 03.02.2021 r.                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Kostrzyńskie Centrum Kultury Kręgielnia     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Fabryczna 5                                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 412401925                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021 r.                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                                |                                    |

|                                                    |                                                                     |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6                                         |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 412 402 100                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 320425542                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Oddział Położniczo-Ginekologiczny                                   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 412402100; 515177000                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                          |                                | 2021-02-01                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Szkolno-Wychowawczy          |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIEBODZIN/66-200/Żaków 1                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 512 143 832                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021 r.                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                           |                                |                                    |            |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1                                                            |                                | X                                  |            |
| telefon/ telefony:                                 | 412 402 311                                                                               |                                |                                    |            |
| identyfikator REGON                                | 320592406                                                                                 |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:                                             | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                                            | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1                                                            |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony                                  | 515 079 185                                                                               |                                |                                    |            |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                                                                |                                |                                    | 2021-01-07 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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                                                                                 |                                |                                    |            |
|                                                    |                                                                                           |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                                         | <b>W</b>                       |                                    |            |
| 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                          |                                                                                           |                                |                                    |            |

|                                                    |                                                                                                                 |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 452 77 00                                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970748470                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień POZ                                                                                             |                                | 1                                  |
| 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                          |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie 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                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Neurologiczna                                                               | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                                                                           |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu | <b>X</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skąpe/66-213/Cibórz 5                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 341 94 55                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000292793                                                                            |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                                         | <b>P</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skąpe/66-213/Cibórz 5                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683419455 683419450 wewn. 234                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                      |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                      |                                | 03.02.2021 r.                      |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                                                                         |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc                                                                                   | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA                |                                | <b>X</b>                           |
| 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                                                                                                    |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERAPIA"                                                                   |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                                             |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 383 06 06                                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                 |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 382 39 45                                                                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 8124206500020                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 382 39 45                                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA LEKARSKA BETIUK I KWIATKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA                                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2                                                                                          |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 691 889 744                                                                                                                 |                                |                                    |

|                                                    |                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 8108125400028                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy                         |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 570 930 061                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 38235866500018                                                    |                                |                                    |
|                                                    |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>2</b>                           |
| 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                          |                                                                   |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                  |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH S.C.<br>B.JANECZKO, A.TRUDNOWSKA |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 605 205 199                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97123738000021                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zespół Lekarzy Rodzinnych Vita                                                                   |                                | 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                          |                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO "WIGOR"<br>S.C.                  |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 508 200 102                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97122219000045                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zespół Lekarzy Rodzinnych "WIGOR" s.c.                                                           |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                    |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8                                                     |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 328 24 41                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przytoczna/66-340/Główna 1A                                                        |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 502 566 760                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21041486800024                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przytoczna/66-340/Główna 1A                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 749 30 40                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gronów/66-615/Główna 2E                                                            |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 607 379 331                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97125288200023                                                                     |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                    |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gronów/66-615/Główna 2E                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 383 21 92                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski                                  |                             | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tuplice/68-219/Parkowa 3                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 375 71 17                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97069485600024                                                                     |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski                                  |                             | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego                                                                                                                                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6                                                                                                                                                                            |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 663 736 667                                                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 41018000000052                                                                                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6                                                                                                                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 65 549 23 18                                                                                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |                                                                                                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MIEJSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE STASZICA" ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARSKA S.C. ELŻBIETA BABISZKIEWICZ, GRZEGORZ KUSIAK, ELŻBIETA PŁONKA, IŁONA SROKA, MELANIA SUSZEK, JANINA TUMIŁOWICZ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24                                                                                                                                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 605 473 996                                                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21060552200036                                                                                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Lekarska "Osiedle Staszica"                                                                                                                                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24                                                                                                                                               |                                | <b>1</b>                           |

|                                                    |                                                                                                                |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 502 282 977                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZATORZE s.c. B. Jernajczyk, E. Bieńkowska, J. Jernajczyk, T. Lewandowska |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 603 635 562                                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97075190400026                                                                                                 |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " ZATORZE " spółka cywilna                                               |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 387 79 73                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Gminny Ośrodek Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                          |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Babimost/66-110/Gagarina 18                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 667 128 149                                                                                                    |                                |                                    |



|                                                    |                                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 9707794000028                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Babimost/66-110/Gagarina 18                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 351 20 24                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA"PRIMUM"S.C.     |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 355 20 05                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97074999400026                                                             |                                |                                    |
|                                                    |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c. |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 355 20 05                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                                                                                |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 957 516 960                                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21061426000021                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ PMR MEDICUS S.C                                                                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4                                                                                                                |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                  | 957 516 960                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa                                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łągów/66-220/Toporowska 11                                                                                                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 341 20 32                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97007286000020                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - lek. med. Damian Popa                                                |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                       |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łagów/66-220/Toporowska 11                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 341 20 32                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                        |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 683 552 004                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97810870500027                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED"s.c.                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 683 552 004                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | USŁUGI MEDYCZNE MONIKA LIPNICKA                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Moniuszki 6/3                                                                        |                                | X                                  |

|                                                    |                                                                                               |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 501 861 040                                                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 211035848                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W DOBIEGNIEWIE                                                                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DOBIEGNIEW/66-520/MICKIEWICZA 3                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 957 611 907                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W STARYM KUROWIE                                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STARE KUROWO/66-542/KOŚCIELNA 29                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 957 615 013                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA RODZINNA "REMEDIUM" S.C. KRZYSZTOF MOCZULSKI,DOROTA MOCZULSKA,KATARZYNA RATAJCZAK |                                | <b>X</b>                           |
| 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                    |                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Rodzinna "REMEDIUM"                                 |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2                         |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957 289 967                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Cicha 7                                          |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 655 408 180                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |

|                                                    |                                                        |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Chopina 21                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683 221 072                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97062737000037                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Chopina 21                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683 221 072                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 28.04.2021 r.                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683 888 102                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97060848900026                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO       |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683 888 102                                            |                                |                                    |

|                                                    |                                                    |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Ars Medica Bis                                     |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Władysław Barski                                   |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kępско/66-200/Kępско 33                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683 811 828                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970066410                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Skąpe Władysław Barski |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                                                         |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. EWA TWARDOWSKA,ZOFIA HASIK,IRENA ŁUCZAK,MAREK TWARDOWSKI | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Grobla 14                                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683 873 777                                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970753263                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych "Familia" s.c. E. Twardowska, Z. Hasik, I. Łuczak, M. Twardowski        |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA"S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI  |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                   |                                             |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a                 |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                | 683 817 071                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 381022354                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 665066256 887199919                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbąszynek/66-210/Długa 1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 665066256 887199919                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolsko/67-415/Krótką 2                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 665066256 887199919                         |                                |                                    |

|                                                    |                                        |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne Topmed Filia Babimost |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Babimost/66-110/Wolsztyńska 30         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 887199919                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 05.02.2021 r.                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szkoła - Gabinet Pielęgniarski         |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pomorsko/66-105/Bolesława Chrobrego 51 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 887199919                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 24.03.2021 r.                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gminna Sala Sportowa                   |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzebiechów/66-132/Sulechowska 2       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 71 381 70 71                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 06.05.2021 r.                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Teresa Janina Piasecka                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 35 25 521; 68 35 25 295                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970579144                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | AURIS SPÓŁKA JAWNA IZABELA LANGE PAWEŁ LANGE                                      |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/ 66-200/ Wałowa 14C                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 684 763 550                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 971229417                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA SZCZANIEC                                              |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 320 21 46                                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97123359000024                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Spółka Lekarska " SKARBOWA " T.Kremer i Wspólnicy                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-032/Chopina 21                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 320 21 46                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Górzycza/69-113/Kostrzyńska 15                                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 607 811 826                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 8006819700029                                                                                        |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycza/69-113/Kostrzyńska 15                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 95 759 12 96                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Krzysztof Radkiewicz                             |                         | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Kozuchów   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozuchów/67-120/ Szprotawska 21                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 355 20 06                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                    |                                      |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Gabinety Lekarskie Zacisze NZOZ      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683 235 531                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-15                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK              |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 600 037 850                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21020673300044                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK              |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ Rodzinne Centrum Medyczne       |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 603 110 869                          |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                       |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 97062445900032                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzinne Centrum Medyczne" Lila Korczak-Fedyna |                                | <b>1</b>                           |
| 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.                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Janusz Ryszard Jankowski                                                              |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 533 933 877                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21014427400055                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego SANVITA             |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                       |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                     |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Janina Joachimiak                                                                                   |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Deszczno/66-446/Lubuska 109                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 95 75 13 129                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 210166962                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego Lek. med.<br>Janina Joachimiak |                                | 1                                  |
| 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.                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | GALMED GAPIŃSKA ZAWADZKA WYSOCKA-PROŃCZUK ANUSEWICZ LEKARSKA<br>SPÓŁKA PARTNERSKA                   |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słubice/69-100/Mickiewicza 6                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 609 508 891                                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21100428500024                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                    |                                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Przychodnia Lekarska "Galmed"                             |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Iwona Wojtkowiak                                          |                                | <b>X</b>                           |
| 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                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Iwona Wojtkowiak Lekarz Rodzinny                          |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Piotr Ryszard Adamski                                     |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pszczew/66-330/Strażacka 4a                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 695 668 755                                               |                                |                                    |

|                                                    |                                             |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 21008442500023                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Piotr Ryszard Adamski                       |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Czesława Janiak                             |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 785 097 070                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97075090000026                              |                                |                                    |
|                                                    |                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Czesława Janiak |                                | <b>1</b>                           |
| 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.                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                       |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH ESKULAP A.GRALIŃSKA-KANIA, G.KANIA, W.POPADIUK SPÓŁKA JAWNA | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sława/67-410/Parkowa 11c                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 505 074 483                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97075196200039                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zespół Lekarzy Rodzinnych Eskulap Sława                                               |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ          | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Kopernika 3A                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 600 822 553                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970749497                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ          |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                    |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Kopernika 3A                                                                          |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 477 69 30                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BĄBLIŃSKI" Przychodnia Lekarza Rodzinnego DARIUSZ BĄBLIŃSKI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5                                                                    |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 516 129 330                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 21104538000014                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BĄBLIŃSKI" - Przychodnia Lekarza Rodzinnego                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 518558220; 516129330                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ANMA-MED SC ANETA ZIOPAJA, MAŁGORZATA PAWELSKA-WENDA                                               |                                |                                    |

|                                                    |                                                      |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krzyż Wielkopolski/64-761/Adama Mickiewicza 62       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 668 279 541                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 302105780                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ANMA-MED.                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Sienkiewicza 3a                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 533 873 525                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 957 172 733                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 210965433                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5                         |                                |                                    |

|                                                    |                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 957 172 733                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszcz                             |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 605 930 000                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970675416                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszcz                             |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 605 930 000                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślibórz/74-300/Kościelna15                                                                   |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 957 470 250                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 812346879                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Ściechowie                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ściechów/66-433/Ściechów 30                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 667 910 250                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Tadeusz WŁODARCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 360 40 27                                                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 971181449                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5                                                              |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                     |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 68 360 40 27                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Mirostowice Dolne |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mirostowice Dolne/68-200/Plac Kościelny 19                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683 743 082                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Kunice            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary-Kunice/68-200/Sikorskiego22                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 683 638 981                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 23.03.2021 r.                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA"                                                                      |                                | <b>X</b>                           |
| 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                    |                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne                                                |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Niepodległości 15                               |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 854 040                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69       |                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "Stom-Med" s.c. Roman Walczak, Jolanta Szulc-Walczak            |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c. |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Walczaka 12c                                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957 835 501                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70       |                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |

|                                                    |                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Ewa Rutkowska                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-056/Jana Matejki 10                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 683 523 338                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 015616436                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DERMED |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bojadła/66-130/Słoneczna 1                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 683 523 338                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Jadwiga Lebioda                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodawa/66-415/Kościelna 9                                        |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 662 086 705                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 210327320                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA LEBIODA                    |                                |                                    |

|                                                    |                                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodawa/66-415/Kościelna 9                                |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 731 10 71                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Małgorzata Stefania Jodlińska-Puziuk                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                           |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 781 985 682                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 210962104                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA RODZINNA „CERTUS” MAŁGORZATA JODLIŃSKA-PUZIUK |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                           |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 757 60 36                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Mieczysław Skrendo                                        |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                      |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-032/Chopina 21                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 322 10 70                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970269113                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MIECZYŚLAW SKRENDO |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-032/Chopina 21                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 322 10 70                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-01-15                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ELŻBIETA GLINIAK                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IŁOWA/68-120/SURZYNA 5                                                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 606 752 335                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970066982                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ZDROWIE ELŻBIETA GLINIAK                                                             |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                 |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOWA/68-120/SURZYNA 5                                                           |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 377 42 58                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 608 476 263                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 364855805                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ESKULAP S.C. Krystyna i Piotr Wojkowscy                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Witnica/66-460/Piaskowa 4                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 95 751 40 86                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34                                                |                                | X                                  |

|                                                    |                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 512 072 597                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970488068                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 512 072 597                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 509 922 344                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970606705                                 |                                |                                    |
|                                                    |                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 509 922 344                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                           |                                |                                    |

|                                                    |                                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 503 3672 62                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 630305230                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis       |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 376 55 53                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Katarzyna Błażejewska-Kunefal                             |                                | X                                  |
| 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                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE KISIELIN                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 320 15 34                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Maria Ewa Zapotoczna                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                   |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 68 451 90 12                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970679087                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARIMED"           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 68 451 90 12                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Wioletta Ewa Falandysz-Kuprewicz                          |                                |                                    |



|                                                    |                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | łłowa/68-120/Kolejowa 7                                  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 68 377 40 99                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 971237351                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarska " SALUS " Wioletta Falandysz-Kuprewicz |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | łłowa/68-120/Kolejowa 7                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 377 40 99                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Grażyna Czekalska                                        |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 601 987 880                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 210441167                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES"       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 95 755 55 45                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                               |                                |                                    |

|                                                    |                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Tadeusz Kiwka                                            |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zabór/66-003/Polna 5                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 608 255 288                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970694603                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Zabór          |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zabór/66-003/Polna 5                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 327 40 86                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Filia Praktyki Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Drzonków |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/66-004/Drzonków-Cisowa 1A                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 321 41 73                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                               |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                       |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | JABŁOŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubiszyn/66-433/Myśluborska 16                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 793 696 380                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 81034378                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia "Jabłońscy" Sp. z o.o.                                                    |                                | 1                                  |
| 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                          |                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DROVITA" JAROSŁAW I IWONA DROZD SPÓŁKA CYWILNA |                                | X                                  |
| 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                    |                                                                        | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DROVITA" Jarosław i Iwona Drozd |                      | <b>1</b>                    |
| 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                         |                                                                        |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86       |                                                                        | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA RODZINNA IWONA KŁODOWSKA-BIEL                              |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                        | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska-Biel                              |                      | <b>1</b>                    |
| 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                         |                                                                        |                      |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Hieronim Górzny                                                                        |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 604 277 395                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970613444                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. Hieronim Górzny |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 381 30 11                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-07                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                                | X                                  |
| 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                    |                                                                       | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - MARIA SZALEWSKA-KOT                     |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Kościelna 4A                                           |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 352 56 66                                                          |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                                            |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89       |                                                                       | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA DWORCOWA" |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                       | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | FILIA SPZOZ "PRZYCHODNIA DWORCOWA                                     |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGDANIEC/66-450/LEŚNA 9                                              |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957 392 950                                                           |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                                            |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90       |                                                                                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA ZESPOŁU LEKARZA RODZINNEGO "ZDROVITA" MICHNIEWICZ - MAĆKOWIAK, RÓLKA, WIŚNIEWSKA - PRAŁAT, ŚNIEG - SPÓŁKA PARTNERSKA |                         | X                           |
| 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                    |                                                                                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ- MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG                                                                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZEWO/66-614/MASZEWO 111                                                                                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 831 324                                                                                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07                                                                                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ- MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG                                                                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A                                                                                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 724900034                                                                                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-15                                                                                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                     |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       |                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | "POSTĘP" SPÓŁKA AKCYJNA                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1                | X                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 684 756 030                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 970626837                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1                | <b>1</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                 | 572 012 438                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Osiedle Łużyckie 39         | <b>1</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                 | 572 012 364                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                               |                         |                             |



| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH                                                                                   |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1                                                                                                     |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 572 012 465                                                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                                                   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       |                                                                                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 30                                                                                                      |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 911 325                                                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                                                   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                 |                      |                             |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzepin/69-110/Dworcowa 63                                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 957 597 734                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 14.01.2021 r.                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA                                      |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Okrzei 9                                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 36 34 447                                                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 971290629                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Okrzei 9                                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 36 34 447                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gubin/66-620/Grunwaldzka16                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 693 855 094                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 080172492                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gubin/66-620/Grunwaldzka16                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 684 510 000                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Wrocławska 16a                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 684 556 844                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                              |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Polna 1                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 712 658                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Wojska Polskiego 24 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 684 200 414                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytnica/66-630/Bytnica 125                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 200 099                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bobrowice/66-627/Bobrowice 23                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 684200414; 693855094                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Poznańska 2                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 475 77 12                                 |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 322 84 79                                 |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2021 r.                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół szkolno-przedszkolny hala sportowa                         |                         | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Kilińskiego 11                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683712658                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021 r.                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" S.C.<br>B.GAWRON,P.KOBYLNIK,W.KOCHAŃSKI,E.PIETRZAK |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13                                                                          |                         | <b>X</b>                    |
| telefon/ telefony:                                | 95 75 55 344                                                                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 210998616                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c                                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13                                                                          |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 957555344                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 321 26 66                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 081026634                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 68 321 26 66                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.01.2021 r.                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasień/68-320/XX-Lecia 20                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683711427                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970468143                                                                          |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK |                          | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20                                                          |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 711 427                                                                        |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                      |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98       |                                                                                    | szczerpienie personelu   | szczerpienie populacyjne    |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM             |                          | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                                    | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM             |                          | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1                                       |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 35 92 528                                                                       |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                      |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                          |                             |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99       |                                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                         | X                           |
| 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                    |                                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 45 30 100                                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100      |                                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna |                         | X                           |
| 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                    |                                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b                                                                             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 377 71 373                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101      |                                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik                      |                         | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska                                                             |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 2                                                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 695 345 191                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                         |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 730 580 190                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363385770                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bledzew/66-350/Kościuszki 16                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 574 489 023                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 573 453 808                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                  |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Ratownictwa Medyczo-Pożarowego w Dobiegniewie           |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobiegniew/66-520/Staszica 9                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 957 488 160                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Medi-Plus Świadczenia Medyczne- Hala Widowiskowo-Sportowa                                      |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/66-300/Oś. Kasztelańskie 8a                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 742 69 49                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "MEDICUS" ABRAMCZYK, BAKSALARY-PATELKA, BIAŁOWĄS SPÓŁKA PARTNERSKA |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 683 874 870                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970738312                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | "Medicus" Spółka Partnerska                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 874 870                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"  | <b>X</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łęknica/66-208/Graniczna 7                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600 278 423                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 080504178                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"                  | <b>1</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łęknica/66-208/Graniczna 7                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 752 051                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15                                                                  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 68 385 21 99; 68 385 23 17                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970747127                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15                                                                  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 68 385 21 99; 68 385 23 17                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 684 558 070                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970328821                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                                                               |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 684 558 072                                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska                                                                       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słońsk/66-436/Puszkina 22                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 957 572 217                                                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 210213041                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NASZE ZDROWIE "                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słońsk/66-436/Puszkina 22                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 957 572 217                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.05.2021 r.                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras |                                | X                                  |
| 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                    |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 278 209                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109      |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Leszek Białek                                                                                              |                         | X                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5                                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 601 998 300                                                                                                |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 970640843                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK                              |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Bohaterów 8                                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 684 571 680                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                            |                         |                             |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK       |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5                                                              |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 710 356                                                                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110      |                                                                                     | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58                                                 |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 877 551                                                                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                      |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/8 Maja 9                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 662 015 900                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.04.2021 r.                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111      |                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                         | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 684 197 580                                                                         |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 366423412                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 684 197 900                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Śląska 35                                             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 684 197 900                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112      |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | MEDICUS A. KAROŃ-SOBICZEWSKA I A. SOBICZEWSKI SPÓŁKA JAWNA         |                         | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Medicus                                                |                         | <b>1</b>                    |
| 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 113      |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |

|                                                     |                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Marzanna Grażyna Bidzińska                                          | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 683 278 025                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970413308                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67                               |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 683 278 025                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leśniów Wielki/66-016/Leśniów Wielki 36                             |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 683 211 834                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA LEKARSKA "MEDICUS" PIERKOŚ I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA     |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45                                                              |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 671 477                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 977942004                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 671 477                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Filia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gozdnica/68-130/Ceramików 30                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 601 081                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myślibórz/74-300/Kościelna15                                                                   |                                | X                                  |

|                                                     |                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 957 470 250                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 812346879                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Stawie |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Staw/66-433/Staw 55                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 667 910 250                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "ALDEMED" CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 353 05 36                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363377516                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka Filia Zastal        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-114/Towarowa 20                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 353 06 00                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka                                           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1                                                   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 68 353 06 00                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-27                                                                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka                                           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-547/Oś. Śląskie 5D                                                        |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 683530600                                                                                 |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-01                                                                                |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala lekkoatletyczna - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-147/Sulechowska 37                                                        |                         | <b>4</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 683530600                                                                                 |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021/ 21.04.2021 r.                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                           |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117      |                                                                                           | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |

|                                                     |                                                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMNIBUS" SPÓŁKA CYWILNA JANUSZ KOŁODZIEJCZYK, IWONA KOŁODZIEJCZYK | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/68-300/Chrobrego 3                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 186 637                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 977936446                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMNIBUS" s.c.                                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/68-300/Chrobrego 3                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 601 186 637                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.                                               | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 95 76 21 257                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 211010423                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                     |                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502 664 948                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Ossowski Mikołaj NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED"                 |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 684 571 777                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 977919502                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED" |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 684 571 777                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                                                                                              |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957 573 072                                                                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 211179381                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c                                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5                                                                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 757 30 72                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                                |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 781 191                                                                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970348143                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Elżbieta Łazarów-Janiak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELVITA" Praktyka Lekarza Rodzinnego |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 781 191                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOVA - MED" SPÓŁKA CYWILNA ANNA HAWĘŁKA, GRZEGORZ HAWĘŁKA   |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 36 23 264                                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971222540                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NOVA- MED" s.c.                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 623 264                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NZOZ "MEDICUS" s.c. Ewa Grzegorzewicz, Roman Karasiewicz, Żaneta Helman         | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 375 24 29                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971222556                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 752 429                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebiel/68-212/Tuplicka 2b                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 682 755 062                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                      |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | "VITA" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA TOMIAK I WSPÓLNICY                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otyń/67-106/Dworcowa 2                                                                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 550 291                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970613177                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | "VITA" Zespół Lekarza Rodzinnego s.c.                                                                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otyń/67-106/Dworcowa 2                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 550 291                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DANUTA MIKOŁAJCZYK - JASIŃSKA PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 957 629 359                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368884933                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " Przychodnia Lekarza Rodzinnego " |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 7629359; 796062373                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR             |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 683 321 528                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 081195331                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR             |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 660 512 770                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2                                                                 |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 200 109                                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361663985                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 200 109                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                              |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 95 7206810; 95 7250251                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 210465653                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 957 206 810                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 28.04.2021 r.                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27                       |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 683255330; 683270264                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971232098                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska " ZAMENHOFA " spółka cywilna      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 571 237 212                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021r.                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4                                   |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 202 482                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971182733                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4                                   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 683 202 482                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" SPÓŁKA CYWILNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 683 204 235                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971225359                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NZOZ FAMILIA s.c.                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 204 235                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a              |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                  | 780 177 088                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 977910470                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a              |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 780 177 088                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 655 407 140                                                                                                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971211529                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 65 540 71 40                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.01.2021 r.                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                     |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH                              | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 351 41 32                                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971311550                                                                                                                           |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO<br>BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a                                                                        |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 788 354 808, 538 528 497                                                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 977901011                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego                                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 538 528 497                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera                                            | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 504 013 428                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970072741                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera                                            | 1                              | X                                  |
| 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                           |                                                                                           |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA -BODNAR" S.C. | X                              | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żdań/68-100/Dąbrowskiego 1                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606 1326 49 68 477 69 90                                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971231160                                                                                 |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                      |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego "Kowalska - Bodnar" s.c. |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żdań/68-100/Dąbrowskiego 1                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 477 69 94                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.               |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 453 56 92                                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971232365                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 531 944 757                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Izabela Ostrowska                                    |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14                                                                                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 502 137 737                                                                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 211045396                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ BASIS Przychodnia Lekarza Rodzinnego Izabela Ostrowska                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 735 89 93                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI |                                | X                                  |
| 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                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 742 04 38                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1                                                                  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 530 250 052, 68 387 46 74                                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970751347                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 387 46 74                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-07                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EUVERSITY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                                |                                    |



|                                                     |                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słubice/69-100/Daszyńskiego 1                                                |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 503982529 957183084                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 301772379                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Brandmed                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słubice/69-100/Daszyńskiego 1                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 957582649 518011108                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GORZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE MEDI-RAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17                                     |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957835200 wew 1                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 300904710                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gorzowskie Centrum Medyczne Medi-Raj Sp. z o.o.                              |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17                |                                | +                                  |
| telefon/ telefony                                   | 957835200 wew 1                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Przystań Sportów Wodnych |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Fabryczna 175                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 721 63 13                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/ 02-676/Postępu 21C                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 224504500                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140723603                                               |                                |                                    |
|                                                     |                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne LUX MED.                               |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B                                                    |                                | +                                  |
| telefon/ telefony                                   | 223322849                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/ 65-409/Stanisława Moniuszki 8d/40                                            |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 888844401                                                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362768249                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500112504                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.01.2021 / 22.04.2021 r.                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                   |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957412204                                                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 210963492                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516294347 w godz. 10.00-13.00                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-15                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17                                                  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957632557                                                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360915580                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                                              |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/AI. Piastów 17             |                                | +                                  |
| telefon/ telefony                                   | 957814834                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-15                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bobrówko/66-510/Leśna 5                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 717 34 00                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-27                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/AI. Piastów 17             |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957631181                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 211281725                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17             |                                | +                                  |
| telefon/ telefony                                   | 509268378                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-15                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 512304465                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 210384890                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka           |                                |                                    |
| 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                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH "MEDYK" |                                |                                    |

|                                                   |                                                       |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14                      |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                | 698691619                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 367581053                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH "MEDYK" |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Muzealna 46                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 667226334                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-15                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Zajazd Nadodrze                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Sadowa 4                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 724567135                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-27                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowosolski Dom Kultury |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Marszałka J. Piłsudskiego 49          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 699711845                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 20.04.2021 r.                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski      |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żagań/68-100/Nowogródzka 101a                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602 650 949                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971246290                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski      |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                     |                                                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski - Punkt Szczepień Żagań Kompleks Widowiskowo-Sportowy "ARENA" |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki                                                                                |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600664993                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 211202996                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki                                                                                |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> |                                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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:                                  | <u>68 321 80 08</u>                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970774176                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Izba Przyjęć                                                                                 | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zabór/ 66-003/Zamkowa 1                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | <u>68 321 80 08</u>                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-15                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-04-22                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> |                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"                                             |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 95 752 52 23                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 210161143                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 95 752 52 23                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-27                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "RODZINNA" W. SZLĘK-KRÓLIKOWSKA & A. SZUMKOWSKA SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 609 665 655                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365405560                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "Rodzinna"                                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 888 02 60                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-27                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO<br>MAŁGORZATA GANECKA |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Konotop/67-416/Polna 1                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 352 42 79                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970068656                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO<br>MAŁGORZATA GANECKA |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Konotop/67-416/Polna 1                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 352 42 79                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-27                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DORMED                                                                 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 685 065 222                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 8029650900023                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DORMED               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 685065222                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 03.02.2021 r.                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DORMED               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULECHÓW/66-100/Al. Niepodległości 15 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 685065222                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.02.2021 r.                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> |                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Paramedic24 Sp. z o.o.                |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Koniawska 30B     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 631 484                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 32148205100029                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                       | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |

|                                                   |                                                                  |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia Krasowiec                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasowiec/66-425/Krasowiec 29                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 577199848                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 05.02.2021 r.                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa                 |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogdaniec/66-400/Pocztowa 7                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 577199484                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021 r.                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - MGOKSiR w Nowogrodzie Bobrzańskim |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Pocztowa 7                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 577199484                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021 r.                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 683525023                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 97074263800025                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728722158                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.02.2021 r.                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160</b> |                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna             |                                | X                                  |
| 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                    |                                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8                     |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 730 630 082                                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-12                                          |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161      |                                                     | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Magdalena Grzesiak-EM-MED                           |                      | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1                  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 723353069                                           |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 81006531                                            |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Magdalena Grzesiak-EM-MED                           |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Kościuszki 24A                       |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 523245268                                           |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-12                                          |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                      |                             |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Magdalena Grzesiak-EM-MED            |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957287225                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-26                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162      |                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Dental-Med.                          |                         | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 608045139                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 08044768700028                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Dental-Med.                          |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 791306910                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-16                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-301/Głowackiego 8a                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 453 62 82                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971285918                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-409/Westerplatte 23                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 881452519                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-02-22                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Spółka Jawna   |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Wielniany Rynek 1/9                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 95 758 01 17                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 81090046                                                                 |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Sp. J. Poradnia (gabinet) lekarza poz |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6/7                                                                  |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 95 758 01 17                                                                                    |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-22                                                                                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165      |                                                                                                 | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE                                               |                      | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/67-120/Kraszewskiego 16/2                                                              |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 669355209                                                                                       |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 80401774                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE                                               |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BABIMOST/66-110/Plac Powstańców Wlkp. 9                                                         |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 724 101 212                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-02-26                                                                                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                      |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne                   |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koźuchów/67-120/Obywatelska 5                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606106849                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 97002066100059                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne                   |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koźuchów/67-120/Obywatelska 5                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 552 547                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.03.2021 r.                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ „DENTICO” PORADNIA STOMATOLOGICZNA ANNAPATRYCJA HAMPEL SMOLIŃSKA |                                | X                                  |
| 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                    |                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NZOZ DENTICO                                                  |                      | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                             |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 278 037                                                   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 15.03.2021 r.                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168      |                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Fundacja „Nasze Zdrowie”                                      |                      | <b>X</b>                    |
| 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                    |                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji „Nasze Zdrowie” NZOZ |                      | <b>1</b>                    |
| 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                         |                                                               |                      |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Indywidualna Praktyka Dentystyczna Michał Puciło                                                                |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 690 990 500                                                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362729522                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Stomatologia Puciło                                                                                             |                                | 1                                  |
| 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                           |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GORZOWIE WLKP. |                                | X                                  |
| 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                    |                                                      | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11        |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957 281 237                                          |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.03.2021 r.                                        |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                      |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171      |                                                      | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.                 |                      | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5                    |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | +48697970134                                         |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 8117758600020                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                      | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.                 |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5                    |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | +48737168074                                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021 r.                                        |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                      |                      |                             |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Wiktoria-Król Sp. z o.o.                                                                       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radzyń/67-410/Słoneczna 51                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 35 66 018, 608673192                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971293326                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy "Wiktoria-Król" w Radzynie |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radzyń/67-410/Słoneczna 51                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 888 239 622                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.04.2021 r.                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZPAK-ART Mariusz Szpakowski                                                                   |                                | X                                  |
| 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                    |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowa Dent Gabinet Stomatologa w Sulęciniu |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Przemysłowa 26                                            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608 106 160                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021 r.                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury                       |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-110/Słubicka 17                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608 106 160                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021 r.                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna w Szkole Podstawowej    |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Markiewiczowej 7                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608 106 160                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021 r.                                                            |                         |                             |

|                                                     |                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica               |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stary Żagań/68-100/Stary Żagań 6                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 608 106 160                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021 r.                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarska Tomasz Szatkowski                    |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Ignacego Paderewskiego 62/3 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606210227                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 81111297                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Lodowisko CSR Słowianka |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Słowiańska 14               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506 664 993                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021 r.                                          |                                |                                    |

|                                                     |                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Cholewa |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Cybinka/69-108/Słubicka 5                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506137768                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 320308894                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica                |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bieganów/69-108/Bieganów 11                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 783 460 735                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021 r.                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GPP CORDA Radziszewski i Partnerzy Sp.P                 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żagań/68-100/Kochanowskiego 15/1                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 504102675                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 80490602                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala gimnastyczna      |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łłowa/68-120/Piaskowa 2b                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 683 775 821                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021 r.                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Indywidualna Praktyka Lekarska Jędrzej Przygodzki     |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/66-300/Lipowa 6a/6                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 694284884                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 081092973-0000                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Gminny Ośrodek Kultury |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojcieszyce/66-415/Wspólna 45                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 694 284 884                                           |                                |                                    |

|                                                     |                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | POMAGAM Usługi pielęgniarские Spółka Jawna K.Bulwan, S.Wrotecka |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/Tadeusza Kościuszki 28               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 049 291                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 8029374100029                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Strzelecki Ośrodek Kultury       |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wojska Polskiego 7                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 792665001; 731066500                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"         |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 684 521 558                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971270615                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"         |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 68 452 15 63                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                   |                                |                                    |

|                                                     |                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Małgorzata Chrzanowska        |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stońsk/66-436/Sikorskiego 19A |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 957 572 217                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 080010588                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | " NASZE ZDROWIE "             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stońsk/66-436/Puszkina 22     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 957 572 217                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                               |                                |                                    |

\* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))

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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów: 1</b>                                                            |
| obszar działania:                                 | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                                                                      |
| 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                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów: 1</b>                                                            |
| obszar działania:                                 | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                      |
| 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                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów: 2</b>                                                                                    |
| obszar działania:                                 | Strzelecko-Drezdenecki, Gorzowski, m. Gorzów Wielkopolski, Międzyrzecki, Sulęciński, Słubicki, Świebodziński |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                                              |
| 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                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów: 1</b>                                                                                    |
| obszar działania:                                 | Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski                         |



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

|                                                                            |                                                                          |                        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | np. Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>                          |                                                                          |                        |
| 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                                                                |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |                                                                          | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                          |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                      |                                                                          | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                          |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                      |                                                                          | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                          |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>                          |                                                                          |                        |
| 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                                                                |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |                                                                          | <b>liczba zespołów</b> |
| 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 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 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 |
| 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 |

|                                                   |                                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                         |                                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                            | Oddział Rehabilitacji                                                                            |                                         | X                                                                        |                                                                     |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 19                                                            |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony                                 | 797606276                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-22                                                                                       |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                         |                                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                                                                | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 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 leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:                                            | Pracownia fizjoterapii                                                                                         |                                  |                                                                   | X                                                            |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zagań/66-100/Jarzębinowa 3                                                                                     |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| 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 leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:                                            | "PRESPO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                               |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3                                                                            |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| telefon/ telefony:                                | 95 758 32 53                                                                                                   |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| identyfikator REGON                               | 081052324                                                                                                      |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| 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 |
| nazwa:                                            | Zakład Usług Medycznych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRESPO" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                  |                                                                   | X                                                            |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3                                                                            |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| 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 leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| 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 |
| 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                          |                                                                                                |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>  |                                                                                                | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                      |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział fizjoterapii                                                                             |                                         |                                                                          | <b>X</b>                                                            |                                                              |
| 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                          |                                                                                                |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  |                                                                                                | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                      |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział fizjoterapii                                                                             |                                         |                                                                          | <b>X</b>                                                            |                                                              |
| 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                          |                                                                                                |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                                                | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Zespół rehabilitacji domowej                                                  |                                  |                                                                   |                                                              | X                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zary/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 |
| nazwa:                                            | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA"                                                |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Brzezie 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>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 |
| 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 |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ - OŚRODEK REHABILITACJI<br>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 |
| 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 |
| nazwa:                                            | WIKTORIA KRÓL Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ślawa/67-410/Radzyn/Śloneczna 51                                                        |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| telefon/ telefony:                                | 68 35 66 018, 608 673 192                                                               |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| identyfikator REGON                               | 971293326                                                                               |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 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<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | GORZOWSKA LEZCNICA SPECJALISTYCZNA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                     |                                                                            |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa<br>Piłsudskiego 1B                      |                                     |                                                                            |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 95 732 12 86                                                                     |                                     |                                                                            |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 210025581                                                                        |                                     |                                                                            |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Dział fizjoterapii                                                               |                                     |                                                                            | X                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa<br>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<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| 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<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>leczniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| 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                          |                                                              |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                              | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                          |                                                              |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                              | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                    |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                          |                                                              |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                              | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL MIĘDZYRZECKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miedzyrzecz/66-300/Komstytucji 3 Maja 35                     |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony:                                 | 95 742 82 07                                                 |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| identyfikator REGON                                | 210368418                                                    |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział Fizjoterapii                                           |                                         |                                                                          | X                                                                   |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miedzyrzecz/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 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | ŁAZNIA" IRENA WOLTER-JĘDRUSIAK,<br>MIROSLAWA ZAGÓRSKA-WICIAK SPÓŁKA<br>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 |
| 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 |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SZPITAL IM. PROFESORA ZBIGNIEWA RELIGI W<br>SŁUBICACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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 |
| 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 |
| nazwa:                                            | ZGROMADZENIE SIOSTR ŚW. ELŻBIETY<br>PROWINCJA POZNAŃSKA                                                                                   |                                  |                                                                   |                                                              |                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 |

|                                                    |                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                             | Dział fizjoterapii                                          |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-075/Plac Powstańców Wielkopolskich 4        |                                         |                                                                          | X                                                                   |                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 68 325 40 98                                                |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-17                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                             | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                          |                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                             | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                          |                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                             | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół rehabilitacji domowej                                |                                         |                                                                          |                                                                     | X                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 667 887 729                                                 |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-17                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                             | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół rehabilitacji domowej                                |                                         |                                                                          |                                                                     | X                                                            |

|                                                    |                                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Wałowa 14C                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     | <b>X</b>                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 667 887 729                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-17                                                                                                    |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                                               | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół rehabilitacji domowej                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     | <b>X</b>                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Torzym/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                          |                                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                                               | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół rehabilitacji domowej                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     | <b>X</b>                                                     |
| 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                          |                                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                                                               | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół rehabilitacji domowej                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     | <b>X</b>                                                     |
| 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                          |                                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                               | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                                     |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                               | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Zespół Rehabilitacji Domowej                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     | <b>X</b>                                                     |
| 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                          |                                                                                                         |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział (pracownia) fizjoterapii                                                                          |                                         |                                                                          | <b>X</b>                                                            |                                                              |
| 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                          |                                                                                                         |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL IM. DR NAUK MEDYCZNYCH RADZIMIRA SMIGIELSKIEGO 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                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Rehabilitacja ambulatoryjna                                                                             |                                         |                                                                          | <b>X</b>                                                            |                                                              |
| 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                          |                                                                                                         |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                               |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział Fizjoterapii                                                                                      |                                         |                                                                          | <b>X</b>                                                            |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 7/8                                                                          |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 667 309 090                                                                                             |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |

|                                                    |                                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-06-01                                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Dział Fizjoterapii                                                                                                |                                         |                                                                          | X                                                                   |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ośno Lubuskie/69-220 /Rybacka 3b                                                                                  |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 667 309 090                                                                                                       |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-06-01                                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                                                                                                   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                                                                                                         |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:                                             | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej                                                                             |                                         | X                                                                        |                                                                     |                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24                                                                              |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 68 341 63 03                                                                                                      |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-06-01                                                                                                        |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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                          |                                                                                                                   |                                         |                                                                          |                                                                     |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |                                                                                                                   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| 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<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację<br>lecniczą w trybie<br>stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 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                         |                                  |                                     |                                                                           |                                                                       |                                                                |