

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - wg stanu na dzień 19 kwietnia 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 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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>            |   | 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   |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |   | 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                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |   | 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                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |   | 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              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | IV                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 957 331 222   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 211228381   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| 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                                   | Sx2          | IV |
| 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                         |   |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |                    | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 684 707 810  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| identyfikator REGON                               | 970327974  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań       |                                  |
| nazwa:  | Hotel Villa Nowa   |                                 |   | X           |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| 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:  | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                 | X   |             |                                     |                                    | X                                   | Sx2 (Żary i Żagań) |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 (wraz z filią Żagań)                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 68 470 79 07   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020r.   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |                    |                                  |

| 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   | 4                      |   |             |                                     |                                    |                                     |                            |
| 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   |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |                            |

| 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   | 3                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|



| 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/Chałubińskiego 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/Chałubińskiego 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/Chałubińskiego 7                   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 68 388 21 00                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020r.                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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                                     |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 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 we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wschowa/67-400/ks. Kostki 33<br>telefon/ telefony 412 401 400<br>Data dodania do wykazu 15.09.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                        | X   |             |                                     |                                    |                                     | I            |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17   | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigiełskiego sp. z o. o.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5<br>telefon/ telefony: 95 717 00 39<br>identyfikator REGON 211184206 |                                 |  |  |  |  |  |  | I*                               |

| 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: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigiełskiego sp. z o. o.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5<br>telefon/ telefony 95 717 00 39<br>Data dodania do wykazu 09.04.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                        | X   |             |                                     |                                    | X                                   | S            |

\*zaprzestanie pełnienia roli szpitala na II poziomie zabezpieczenia od dnia 11 kwietnia 2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18   | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6<br>telefon/ telefony: 412 401 800<br>identyfikator REGON 080188702 |                                 |  |  |  |  |  |  | I/II                             |

| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6<br>telefon/ telefony 41 240 18 10<br>Data dodania do wykazu 05.06.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                        |   |             |                                     |                                    |                                     | S            |

| 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 Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6<br>telefon/ telefony 412 401 800<br>Data dodania do wykazu 09.04.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu | 1                      | X   |             |                                     |                                    | X                                   | I/II         |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19  | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6<br>telefon/ telefony: 412 402 100<br>identyfikator REGON 320425542 |                                 |  |  |  |  |  |  | I/II                             |

| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6<br>telefon/ telefony 412 402 100<br>Data dodania do wykazu 09.04.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                        | X   |             |                                     |                                    | X                                   | S            | I/II |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Szprotawa/67-300/Henrykowska 1<br>telefon/ telefony 412 402 311<br>identyfikator REGON 320592406                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Szprotawa/67-300/Henrykowska 1<br>telefon/ telefony 412 402 311<br>Data dodania do wykazu 09.04.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu  |                                 |   |             |                                     |                                    | X                                   | S            |                                  |
| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Szprotawa/67-300/Henrykowska 1<br>telefon/ telefony 412 402 311<br>Data dodania do wykazu 15.09.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                                 | X   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Świebodzin/66-200/Zamkowa 1<br>telefon/ telefony 68 475 06 30<br>identyfikator REGON 000290630                                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Świebodzin/66-200/Zamkowa 1<br>telefon/ telefony 68 475 06 30<br>Data dodania do wykazu 09.04.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu  |                                 |   |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Świebodzin/66-200/Zamkowa 1<br>telefon/ telefony 68 475 06 30<br>Data dodania do wykazu 15.09.2020r.<br>Data wykreślenia z wykazu |                                 | X   |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |

| 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                         |  |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |

| 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/Gościm 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/Gościm 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 |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| nazwa:  | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" |  |  |  |  |  |  |  |  |  | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/ul. Dworcowa – Dworzec Kolejowy           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 699 713 999   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020r.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|
| nazwa:  | Agamed Transport Medyczny                         |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bvdroszcz/85-467 /Deszczowa 47                    |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 508 152 940                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 91235519  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |  |
| nazwa:  | Agamed Transport Medyczny                         | 2                               |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra /65-046/Ul. Żyty 26 (teren szpitala) |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 508 152 940                                       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020r.                                      |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|---|
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/ul. Prof. M. Życzkowskiego 16               |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 693533460   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| identyfikator REGON                               | 356366975   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |   |
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością       |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65/001/ul. Wrocławska (na pętli autobusowej) |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 693533460   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020r.  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                           | katalog realizowanych świadczeń |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
|---|---------------------------|---------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|---|
| nazwa:  | Centrum Medyczne DORMED   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Bankowa 1 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 68 506 52 22              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| identyfikator REGON                               | 80296509                  |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                           | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |   |
| nazwa:  | Centrum Medyczne DORMED   |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Bankowa 1 |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 68 506 52 22              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2021r.              |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                           |                                 |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

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

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj realizowanych świadczeń                                 |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X  |

|  |          |
|--|----------|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO     | <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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą  | rodzaj realizowanych świadczeń                                 |
|---|--|
|   | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP                        | <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>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:  | Szpital Międzyrzecki Sp z o.o. - Starostwo Powiatowe |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |            |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Przemysłowa 2                       | <b>W</b>                       | <b>3</b>                           |            |
| telefon/ telefony                                 | 504232398  |                                |                                    |            |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                                |                                    | 2021-01-15 |
| 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  |                                |                                    |            |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| 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   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Izba Przyjęć Szpitala   |                         |                             |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 95 762 05 10  |                                |                                    |
| 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:  | 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                         |   |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalnia kryta            |                         |                             |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻARY/68-200/Telemanna 1   |                                | <b>3</b>                           |
| 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. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6   |                                | X                                  |
| 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)                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słubice/69-100/Mickiewicza 6  | <b>W</b>                       | <b>2</b>                           |
| 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                          |   |                                |                                    |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33  | X                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 412 401 400   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 320233950   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Izba Przyjęć Szpitala   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33  | W                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 412401400 735488981   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  | 2021-01-07              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - I Zespół Szkół we Wschowie   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Kościuszki 11  | 5                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 735486981 662376878   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. |                         |                             |

|   |                                  |                                |                                    |            |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5    |                                | X                                  |            |
| 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              |                                | <b>1</b>                           |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A      |                                |                                    |            |
| 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                            |                                | X                                  |
| 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                             | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 412401800 412401925 412401811  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                | 03.02.2021 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  |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 412402100; 515177000  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                | 2021-02-01                         |
| 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                                  | 412402311 515079185   |                                |                                    |
| 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   |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy   | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 475 06 30  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |                         | X                           |
| telefon/ telefony:                                | 68 452 77 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 970748470   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            |   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Medycyny pracy   | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 68 452 77 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień POZ   |                         |                             |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42  |                                | <b>1</b>                           |
| 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 Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 95 742 87 56   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000290133  |                                |                                    |
| <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                          |  |                                |                                    |
| <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 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skąpe/66-213/Cibórz 5  |                                | <b>X</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 68 341 94 55   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000292793  |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |               |
|---|---|----------------------|-----------------------------|---------------|
| 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  |                      |                             | 03.02.2021 r. |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |               |
| nazwa:  | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                      |                             |               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52   |                      |                             |               |
| telefon/ telefony:                                | 68 34 16 300  |                      |                             |               |
| identyfikator REGON                               | 080467187   |                      |                             |               |
|   |   |                      |                             |               |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |               |
| 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                         |   |                      |                             |               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |               |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA                |                      |                             |               |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E  |                                | X                                  |
| 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"   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E  |                                |                                    |
| 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 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Matejki 1   |                                |                                    |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Matejki 1   |                                |                                    |
| 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       |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2                                |                                |                                    |
| 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 |                                | X                                  |
| 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                                |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 570 930 061  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <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 Lekarza Rodzinnego "WIGOR" s.c.                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8  |                                |                                    |
| 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 |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przytoczna/66-340/Główna 1A   |                                |                                    |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przytoczna/66-340/Główna 1A   |                                |                                    |
| 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 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gronów/66-615/Główna 2E  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 607 379 331  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 97125288200023   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach |                                | 1                                  |
| 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski                                  |                                | X                                  |
| 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>szczepienie 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego  |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6  |                                |                                    |
| 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  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 65 549 23 18   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-31   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <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, ILONA SROKA, MELANIA SUSZEK, JANINA TUMIŁOWICZ |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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"  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24   |                                |                                    |
| 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 |                                | <b>X</b>                           |
| 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   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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                               | 97077940000028   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ  |                         | 1                           |
| 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                         |  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA"PRIMUM"S.C. |                         | X                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 68 355 20 05   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 97074999400026   |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c.   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4  |                      | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 68 355 20 05   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA MEDYCyny RODZINNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA CYWILNA - RYSZARD ILIASZEWICZ, BEATA ILIASZEWICZ |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4  |                      | X                           |
| telefon/ telefony:                                | 957 516 960  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 21061426000021   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ PMR MEDICUS S.C   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4  |                      | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 957 516 960  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |



|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa  | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łągów/66-220/Toporowska 11  |                                |                                    |
| 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             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łągów/66-220/Toporowska 11  |                                |                                    |
| 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 | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5  |                                |                                    |
| 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   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DOBIEGNIEW/66-520/MICKIEWICZA 3  |                                | <b>1</b>                           |
| 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 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STARE KUROWO/66-542/KOŚCIELNA 29 |                                | <b>1</b>                           |
| 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 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 957 289 967   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 8040974100027   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                | X                                  |
| 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                    |   | szczepienie 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       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | PORADNIA MEDYCYN Y RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA         |                         | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Chopina 21                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 683 221 072   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 97062737000037  |                         |                             |
|   |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PORADNIA MEDYCYN Y RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA         |                         | <b>1</b>                    |
| 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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO                |                         |                             |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1                 |                                | X                                  |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |
| 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                                 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kępsko/66-200/Kępsko 33                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 683 811 828                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970066410  |                                |                                    |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA"S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Piaskowa 1   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 683 873 032  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-07   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO  |                         | X                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 683 817 071  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 381022354  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO  |                         | 2                           |
| 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                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|   |   |                             |                                    |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO |                             | <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>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO |                             | <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>szczenie 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>szczenie 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Teresa Janina Piasecka  |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 68 35 25 521; 68 35 25 295  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 970579144   |                                |                                    |
| <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 |                                | 1                                  |
| 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  |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZANIEC/66-225/SPACEROWA 2A  |                                | <b>1</b>                           |
| 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                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSKY SPÓŁKA JAWNA |                      | 1                           |
| 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       |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Krzysztof Radkiewicz                             |                      | X                           |
| 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                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Koźuchów   |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/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                    |  | szczenie 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. 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 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>szczenie 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>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie 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>szczenie 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                          |   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |



|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH ESKULAP A.GRALIŃSKA-KANIA, G.KANIA, W.POPADIUK SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sława/67-410/Parkowa 11c  |                                | X                                  |
| 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          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Kopernika 3A   |                                | X                                  |
| 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 Kliszc                              |                                | 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 Kliszc                              |                                | <b>1</b>                           |
| 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"<br>PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wymiarki/68-131/Księża 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<br>ZDROWOTNA                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wymiarki/68-131/Księża 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                    |   | szczepienie 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       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | "Stom-Med" s.c. Roman Walczak, Jolanta Szulc-Walczak            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Chopina 18                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 957 835 501   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 211193754   |                         |                             |
|   |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c. |                         |                             |
| 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       |   | szczepienie personelu   | szczepienie 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  | IŁOWA/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                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 |                                |                                    |
| 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                                      | <b>X</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                   |                                |                                    |
| 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"           | <b>1</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                   |                                |                                    |
| 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  | Iłowa/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  | Iłowa/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 |                                | <b>1</b>                           |
| 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                    |   | szczepienie 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       |   | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |   | szczepienie 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                         |   |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie 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 | Rzepin/69-110/Dworcowa 63   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 957 597 734   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.01.2021 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| 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   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |   |                         |                             |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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 |                         | <b>1</b>                    |
| 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 |                         | <b>1</b>                    |
| 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 |                         | <b>1</b>                    |
| 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                         |  |                         |                             |

| 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  |                         | X                           |
| 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  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 957555344  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22  |                         | X                           |
| telefon/ telefony:                                | 68 321 26 66   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 081026634  |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                      | <b>1</b>                    |
| 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                         |  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97       |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK |                      | <b>X</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 683711427  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 970468143  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie 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       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1                                 |                         | X                           |
| telefon/ telefony:                                | 68 35 92 528   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 971241832  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1                                 |                         | 2                           |
| 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 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59  |                         | X                           |
| telefon/ telefony:                                | 68 45 30 100   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 970684272  |                         |                             |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 68 377 71 373  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971237078  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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<br>101   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik |                         | X                           |
| 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  |                         | 1                           |
| 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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>102   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| 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   |                         |                             |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska   |                         | <b>1</b>                    |
| 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                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska   |                         | <b>1</b>                    |
| 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                         |  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>103   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| 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  |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>104   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" |                         | X                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/66-208/Graniczna 7                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 600 278 423   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 080504178   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>105   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C                                       | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15  |                                |                                    |
| 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                                       |                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15  |                                |                                    |
| 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 | X                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gubin/66-620/Kresowa 258   |                                |                                    |
| 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<br/>107</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Słońsk/66-436/Puszkina 22  |                                | X                                  |
| 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 "   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Słońsk/66-436/Puszkina 22  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                       | 957 572 217  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 07.01.2021 r.  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>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 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2  |                                | X                                  |

|   |  |                             |                                    |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 68 32 78 209   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 080559044  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |  |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |  | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Leszek Białek  |                             | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasień/68-320/Okrzei 5   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 998 300  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 970640843  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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, ŻŁOTOGÓRSKA-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                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br>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<br>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<br>113   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Marzanna Grażyna Bidzińska  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67                               |                                | X                                  |
| 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<br/>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 Górcze 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 Górcze 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   | Myślubórz/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                           |   |                                |                                    |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 68 353 06 00   |                                |                                    |
| 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:  | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Zielona Góra/65-547/Oś. Śląskie 5D                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 683530600  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-02-01   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                   |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Hala lekkoatletyczna |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Zielona Góra/65-147/Sulechowska 37                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 683530600  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-04-16   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>117</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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<br/>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<br/>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 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9   |                                |                                    |
| 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<br/>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<br/>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<br/>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 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19   |                                | X                                  |
| 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<br/>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<br/>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                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>129</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C. |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27                       |                                |                                    |
| 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      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 571 237 212  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 07.01.2021r.   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>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                                   | 1                              |                                    |
| 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<br/>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<br/>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 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4   |                             | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 655 407 140   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971211529   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie 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>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie 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>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO 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<br/>135</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego   |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a   |                                |                                    |
| 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   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 538 528 497  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-01-07   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>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>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera  |                             | <b>1</b>                           |
| 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>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA -BODNAR" S.C. | X                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606 1326 49 68 477 69 90  |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 971231160   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie 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       | Żadań/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<br/>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<br/>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<br/>141</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, 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 DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, ARLETA MORYSON |                                | <b>1</b>                           |
| 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<br/>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 |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17                                     |                                |                                    |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>144</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Warszawa/ 02-676/Postępu 21C                    |                                | X                                  |
| 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.                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B         |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                       | 223322849                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>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:  | 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                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| 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 |                                | <b>X</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32   |                                |                                    |
| 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<br/>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/Al. 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       | Bobrowko/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<br/>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/Al. 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 |                                | 1                                  |
| 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<br/>149</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Zespół Lekarza Rodziny 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           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                       |                                |                                    |
| 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" |                                | X                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14                      |                                |                                    |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Ratuszewski |                                | <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 Ratuszewski |                                | <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<br/>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                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>154</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2   |                                | X                                  |
| 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 |                                | X                                  |
| 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<br/>156</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO 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 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<br/>157</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE DORMED  |                                |                                    |



|   |                                       |                                |                                    |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1             |                                | X                                  |
| 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/AI. Niepodległości 15 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                       | 685065222                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 16.02.2021 r.                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>158</b> |                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Paramedic24 Sp. z o.o.                |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Koniawska 30B                               |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 601 631 484   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 32148205100029  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie |                                | <b>X</b>                           |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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<br/>160</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8                     |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 957202036; 95 7202060                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                     | 80050814  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna |                                | 1                                  |
| 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                               |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>161</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Magdalena Grzesiak-EM-MED                           |                                |                                    |

|   |                                    |                                |                                    |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1 |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 723353069                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                     | 81006531                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                               |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                               |                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>162</b> |                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Dental-Med.                        |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3                                     |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 608045139  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 08044768700028   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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<br/>164</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryńewski Spółka Jawna                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Gorzów Wlkp./66-400/Wetniany Rynek 1/9   |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 95 758 01 17   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                     | 81090046   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryńewski Sp. J. Poradnia (gabinet) lekarza poz |                                | 1                                  |
| 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                               |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>165</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koźuchów/67-120/Kraszewskiego 16/2                  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 669355209   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 80401774  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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 |                                | <b>1</b>                           |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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<br/>167</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ „DENTICO” PORADNIA STOMATOLOGICZNA ANNAPATRYCJA HAMPEL SMOLIŃSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                                     |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 601 775 661 , 68 3278037  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                     | 97068911100022  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ DENTICO  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                                     |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                       | 683 278 037   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 15.03.2021 r.   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>168</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Fundacja „Nasze Zdrowie”  |                                |                                    |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 23E                       |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 957 332 661   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21004505200028  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                                | <b>1</b>                           |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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<br/>170</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GORZOWIE WLKP. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11   |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 957 281 237   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                     | 21096334500025  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu       | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                       | 957 281 237   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                                  | 31.03.2021 r.   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>171</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5  |                                | X                                  |
| telefon/ telefony:                                  | +48697970134   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 8117758600020  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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.   |                                | <b>X</b>                           |
| 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 |                                | <b>2</b>                           |

|   |                            |  |  |
|---|----------------------------|--|--|
| 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                         |                            |  |  |

\* 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   |  |