

**Wykaz**

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - stan na 05 lipca 2022r.**

**CZĘŚĆ I.**

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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (1)</b> |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych  | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SZPITAL TYMCZASOWY - Izba Przyjęć   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| 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  | 2022-04-01  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (2)</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka ul. Walczaka  | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 957 331 890  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2020-12-23   |                              | 2021-01-07   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 684707810  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970327974  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarzy POZ   | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2/budynek nr 12  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 684707810 684707868  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2020-12-28   |                              | 09.02.2021 r.                                      |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej- bud. 23(18)      | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2/budynek nr 23(18)  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 731738000 684707868  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 05.07.2022 r.  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach - filia w Żaganiu | <b>-</b>                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań.68-100/Żelazna 1a  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 684771202  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 22.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy                      | <b>W</b>                     | <b>-</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (5)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 95 742 83 00   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 210368418  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe     | <b>W</b>                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Przemysłowa 2                       |                              |  |
| telefon/ telefony  | 504232398  |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 28.12.2020/ 21.04.2021 r.                              |                              | 2021-01-15   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (6)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7                     |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 95 755 22 60   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000300736  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpitalny oddział ratunkowy                            | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 4                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 755 22 60, 957552431                                |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2020-12-28   |                              | 2021-03-26   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (7)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7                       |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 68 388 21 00   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970774733  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy                            | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7                       |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 388 21 00   |                              |  |

|  |   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu   | 2020-12-28  |                                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Alergologiczna   | -                                 | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 1                                    |                                   | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 68 388 21 64  |                                   |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-01  |                                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                                   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (8)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                                   |  |
| telefon/ telefony:   | 95 762 05 10  |                                   |  |
| identyfikator REGON  | 080396330   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Izba Przyjęć Szpitala   | <b>W</b>                          | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                                   | <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>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, 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  | 2021-06-19  |                                   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  | <b>W</b>                          | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3                                  |                                   |  |
| telefon/ telefony  | 683835328 684197900   |                                   |  |
| Data dodania do wykazu   | 2020-12-28  |                                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala widowiskowo-sportowa                                 | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Kazimierza Pułaskiego 3   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 516453849; 517062735   |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 21.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Europejskie Centrum Kształcenia Ustawicznego i Zawodowego | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gubin/66-620/Pułaskiego 1  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 516453849; 517062735   |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 21.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (10)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻARY/68-200/Pszenna 2  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 475 76 00   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 977947094  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Chirurgiczna  | <b>W</b>                     | -  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻARY/68-200/Pszenna 2  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 475 76 00   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Chirurgiczna  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻARY/68-200/Skarbowa 2   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 470 36 92   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalnia kryta   | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻARY/68-200/Telemanna 1  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 533-306-898  |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 19.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 17.02.2022 r.  |                              |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (11)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie 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   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 095 750 14 10   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 080445872   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*,liczba zespołów (w miejscu)</b>  |
| nazwa:  | NZOZ Szpital im. Zbigniewa Religi w Słubicach (III piętro)                            | <b>W</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słubice/69-100/Mickiewicza 6  |                           | <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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO W RZEPINIE   | <b>-</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzepin/69-100/Słubicka 4  |                           | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 95 7582071 95 7596318   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (12)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 412 401 400   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 320233950   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Izba Przyjęć Szpitala   | <b>W</b>                  | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 412401400 735488981   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28  |                           | 2021-01-07   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - I Zespół Szkół we Wschowie                             | <b>-</b>                  | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/Kościuszki 11  |                           | <b>5</b>   |
| telefon/ telefony   | 735486981 662376878   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 19.04.2021 r.   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 29.10.2021 r.   |                           |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (13)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 95 717 00 39  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 211184206   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   | <b>W</b>                     | <b>POP</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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   | <b>-</b>                     | <b>POP</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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   | <b>-</b>                     | <b>POP</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>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Szkoła Skwierzyna   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skwierzyna/66-440/Batorego 14   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 95 717 00 39  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 14.06.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (14)</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 412 401 800   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 080188702   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa:  | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                         | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                        |                              |  |
| telefon/ telefony   | 412401858  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28   |                              | 03.02.2021 r.                                      |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Kostrzyńskie Centrum Kultury Kregielnia | <b>-</b>                     | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Fabryczna 5                                   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 412401925  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 23.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 29.10.2021 r.  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 412 402 100  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 320425542  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Oddział Położniczo-Ginekologiczny                                      | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 412402100; 515177000   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28   |                              | 2021-02-01   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Szkolno-Wychowawczy             | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIEBODZIN/66-200/Żaków 1  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 512 143 832  |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 20.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 16.08.2021 r.  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 412 402 311  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 320592406  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 515 079 185   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28  |                              | 2021-01-07   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (17)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 475 06 30  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 000290630   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy   | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 475 06 30  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (18)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 452 77 00  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970748470   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Medycyny pracy   | <b>W</b>                     | <b>-</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 452 77 00  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-28  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień POZ   | <b>-</b>                     | <b>POP</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (19)</b> |   |                              |  |

|   |   |                              |  |                              |
|---|---|------------------------------|--|------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |                              |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |                              |
| nazwa:  | Poradnia Neurologiczna  | <b>P</b>                     | <b>-</b>   |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109   |                              |  |                              |
| telefon/ telefony   | 95 742 87 56  |                              |  |                              |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                              |  |                              |
| Data wykreślenia z wykazu   | 2021-05-24  |                              |  |                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (20)</b> |   |                              |  | <b>szczepienie personelu</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   |                              |  |                              |
| identyfikator REGON   | 000292793   |                              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |                              |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  | <b>P</b>                     | <b>POP</b>   |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skąpe/66-213/Cibórz 5   |                              |  |                              |
| telefon/ telefony   | 683419455 683419450 wewn. 234   |                              | <b>1</b>   |                              |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                              |  | 03.02.2021 r.                |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (21)</b> |   |                              |  | <b>szczepienie personelu</b> |
| nazwa:  | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                              |  |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52   |                              |  |                              |
| identyfikator REGON   | 080467187   |                              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |                              |
| nazwa:  | Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc   | <b>P</b>                     | <b>-</b>   |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52   |                              |  |                              |
| telefon/ telefony   | 68 34 16 300  |                              |  |                              |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                              |  |                              |
| Data wykreślenia z wykazu   | 2021-05-24  |                              |  |                              |
| Data ponownego dodania do wykazu  | 2021-09-24  |                              |  |                              |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |                              |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (22)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 601 325 200/782 120 251   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97800560300020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERAPIA"   | -                            | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (23)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Matejki 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 382 39 45  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 8124206500020   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK | -                            | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (24)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA BETIUK I KWIATKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 691 889 744   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 8108125400028   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy   |                              | <b>DDD</b>   |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2  | -                         | POP<br>1   |
| telefon/ telefony   | 68 388 82 35  |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (25)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 570 930 061   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 38235866500018  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 570 930 061   |                           | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień COVID-19 - Centrum Handlowe   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/CH NoVa Park / Przemysłowa 2/ lokal V.1.120                        |                           |  |
| telefon/ telefony   | 570 930 061   |                           | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 23.08.2021 r.   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (26)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH S.C. B.JANECZKO, A.TRUDNOWSKA |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 605 205 199   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 97123738000021  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zespół Lekarzy Rodzinnych Vita  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 68 475 28 11 68 382 9 840   |                           | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 2021-07-01  |                           |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (27)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO "WIGOR" S.C.       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 508 200 102  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97122219000045   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zespół Lekarza Rodzinnego "WIGOR" s.c.   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (28)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec            |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Przytoczna/66-340/Główna 1A  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 502 566 760  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 21041486800024   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec            | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (29)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gronów/66-615/Główna 2E  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 607 379 331  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97125288200023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gronów/66-615/Główna 2E  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 383 21 92   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (30)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tuplice/68-219/Parkowa 3   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 68 375 71 17   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 97069485600024   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski  | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (31)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 663 736 667  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 41018000000052   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego  | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (32)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie 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 |                           |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "Osiedle Staszica"  |                           |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24   | -                         | <b>POP</b>   |
| telefon/ telefony   | 502 282 977  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (33)</b> |  |                           |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZATORZE s.c. B. Jernajczyk, E. Bieńkowska, J. Jernajczyk, T. Lewandowska | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " ZATORZE " spółka cywilna   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 68 387 79 73   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (34)</b> |  |                           |  |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Babimost/66-110/Gagarina 18  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 667 128 149  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 97077940000028   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Babimost/66-110/Gagarina 18  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 68 351 20 24   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2020-12-31   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (35)</b> |  |                           |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA"PRIMUM"S.C.   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 68 355 20 05   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 97074999400026   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZUCHÓW/67-120/ZACISZE 4  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 355 20 05   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (36)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA CYWILNA - RYSZARD ILIASZEWICZ, BEATA ILIASZEWICZ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 957 516 960  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 21061426000021   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ PMR MEDICUS S.C   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 957 516 960  |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (37)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łągów/66-220/Toporowska 11   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 341 20 32   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97007286000020   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - lek. med. Damian Popa  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łągów/66-220/Toporowska 11   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 341 20 32   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (38)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Arka-Med" s.c. Anna Dusza, Zbigniew Dusza                                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5   |                              |  |



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:  | 683 552 004   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97810870500027  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED"s.c.                           | -                            | <b>POP</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 501 861 040   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 211035848   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK ZDROWIA W DOBIEGNIEWIE  | -                            | <b>POP</b>   |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK ZDROWIA W STARYM KUROWIE  | -                            | <b>POP</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (40)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA RODZINNA "REMEDIUM" S.C.<br>KRZYSZTOF MOCZULSKI,DOROTA<br>MOCZULSKA,KATARZYNA RATAJCZAK | -                            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 957 289 967   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 8040974100027   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna "REMEDIUM"   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 957 289 967   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (41)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa/67-400/Cicha 7  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 655 408 180   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 30252289700028  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | -                            | <b>POP</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   |   |                              | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (42)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-001/Chopina 21                                  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683 221 072   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97062737000037  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA          | -                            | <b>POP</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   | 28.04.2021 r.   |                              | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (43)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1                                |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683 888 102   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97060848900026  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO                | -                            | <b>POP</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  |                              |  |
|   |   |                              | <b>1</b>   |

|   |   |                                   |  |
|---|---|-----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>rodzaj punktu*, 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (44)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Władysław Barski  |                                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kępско/66-200/Kępско 33   |                                   |  |
| telefon/ telefony:  | 683 811 828   |                                   |  |
| identyfikator REGON   | 970066410   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Skąpe Władysław Barski  | -                                 | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKĄPE/66-213/SKĄPE 37d  |                                   |  |
| telefon/ telefony   | 683 419 234   |                                   | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                                   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (45)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. EWA TWARDOWSKA,ZOFIA HASIK,IRENA ŁUCZAK,MAREK TWARDOWSKI |                                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Grobla 14   |                                   |  |
| telefon/ telefony:  | 683 873 777   |                                   |  |
| identyfikator REGON   | 970753263   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych "Familia" s.c. E. Twardowska, Z. Hasik, I. Łuczak, M. Twardowski        | -                                 | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Grobla 14   |                                   |  |
| telefon/ telefony   | 683 873 777   |                                   | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                                   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>             | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA"S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI | -                     | POP  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Sól/67-100/Piaskowa 1   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 683 873 032  |                       | 1  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (46)</b> |  |                       |  |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 683 817 071  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 381022354  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | -                     | POP  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 665066256 887199919  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | -                     | POP  |
| 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>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | LLP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | -                     | POP  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kolsko/67-415/Krótko 2   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 665066256 887199919  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Topmed Filia Babimost   | -                     | POP  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szkoła - Gabinet Pielęgniarski  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pomorsko/66-105/Bolesława Chrobrego 51  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 887199919   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 24.03.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminna Sala Sportowa  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebiechów/66-132/Sulechowska 2  |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 71 381 70 71  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 06.05.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne TOPMED   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sulechów/66-100/al. Niepodległości 15   |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 683852199   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 03.01.2022 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (47)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Teresa Janina Piasecka  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 35 25 521; 68 35 25 295  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970579144   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 352 55 21  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (48)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | AURIS SPÓŁKA JAWNA IZABELA LANGE PAWEŁ LANGE                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/ 66-200/ Wałowa 14C  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 684 763 550   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971229417   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA SZCZANIEC   | -                            | <b>POP</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 320 21 46   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97123359000024   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Spółka Lekarska " SKARBOWA " T.Kremer i Wspólnicy  | -                            | <b>POP</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 607 811 826  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 8006819700029  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Górzycza/69-113/Kostrzyńska 15   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 95 759 12 96   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (51)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Krzysztof Radkiewicz   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 601 76 16 15   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970149580  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Koźuchów   |                              | <b>DOD</b>   |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koźuchów/67-120/ Szprotawska 21   | -                            | <b>POP</b><br><b>1</b>                             |
| telefon/ telefony   | 68 355 20 06  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinety Lekarskie Zacisze NZOZ   |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87  | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 683 235 531   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-15  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (52)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 600 037 850   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 21020673300044  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK   |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1  | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 95 752 04 45  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (53)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NZOZ Rodzinne Centrum Medyczne  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 603 110 869   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97062445900032  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzinne Centrum Medyczne" Lila Korczak-Fedyna |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1  | -                            | <b>1</b>   |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (54)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Janusz Ryszard Jankowski  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 533 933 877   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON   | 21014427400055   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego SANVITA                        | -                            | <b>POP</b><br><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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (55)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Janina Joachimiak  | -                            | <b>POP</b><br><b>1</b>                             |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego Lek. med. Janina Joachimiak | -                            | <b>POP</b><br><b>1</b>                             |
| 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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (56)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | GALMED GAPIŃSKA ZAWADZKA WYSOCKA-PROŃCZUK ANUSEWICZ LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                   | -                            | <b>POP</b><br><b>1</b>                             |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "Galmed"  | -                            | <b>POP</b><br><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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (57)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Iwona Wojtkowiak   | -                            | <b>POP</b><br><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   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 21126997700027  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Iwona Wojtkowiak Lekarz Rodzinny  | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (58)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Piotr Ryszard Adamski   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pszczew/66-330/Strażacka 4a   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 695 668 755   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 211008442500023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Piotr Ryszard Adamski   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (59)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Czesława Janiak   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 785 097 070   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 97075090000026  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Czesława Janiak   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 452 19 45  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 28.04.2021 r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (60)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie 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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 505 074 483   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON   | 97075196200039   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zespół Lekarzy Rodzinnych Eskulap Sława  | -                            | <b>POP</b><br><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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 600 822 553  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970749497  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ                       | -                            | <b>POP</b><br><b>2</b>                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żagań/68-100/Kopernika 3A  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 477 69 30   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (62)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŚLIŃSKI" Przychodnia Lekarza Rodzinnego DARIUSZ BAŚLIŃSKI |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 516 129 330  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 21104538000014   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BAŚLIŃSKI" - Przychodnia Lekarza Rodzinnego                 | -                            | <b>POP</b><br><b>1</b>                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 518558220; 516129330   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (63)</b> |  |                              |  |

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

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał                                   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myślibórz/74-300/Kościelna15  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 957 470 250   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 812346879   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Ściechowie                             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ściechów/66-433/Ściechów 30   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 667 910 250   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (67)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Tadeusz WŁODARCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 360 40 27  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971181449   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA                         | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5   |                              | <b>1</b>   |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Mirostowice Dolne | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mirostowice Dolne/68-200/Plac Kościelny 19  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 683 743 082   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Kunice            | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żary-Kunice/68-200/Sikorskiego22  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony   | 683 638 981   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 23.03.2021 r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (68)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA"                                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzezie k. Sulechowa/66-100/Czapskiego 2                          |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683 853 557   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 80219897  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne  | -                            | <b>POP</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   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (69)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wlkp./66-400/Walczaka 12c                                  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 957 835 501   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (70)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Ewa Rutkowska   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-056/Jana Matejki 10                               |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683 523 338   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 015616436   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DERMED | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bojadła/66-130/Stoneczna 1  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 683 523 338   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                           |  |
|---|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (71)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Jadwiga Lebioda  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodawa/66-415/Kościelna 9   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 662 086 705  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 210327320  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA LEBIODA                                       |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodawa/66-415/Kościelna 9   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 95 731 10 71   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (72)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Małgorzata Stefania Jodlińska-Puziuk   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 781 985 682  |                           |  |
| identyfikator REGON   | 210962104  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA RODZINNA „CERTUS” MAŁGORZATA JODLIŃSKA-PUZIUK                            |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A  |                           |  |
| telefon/ telefony   | 95 757 60 36   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (73)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Mieczysław Skrendo   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-032/Chopina 21   |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 68 322 10 70   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 970269113  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  |                           |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MIECZYŚLAW SKRENDO |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-032/Chopina 21   |                           |  |
| telefon/ telefony   | 68 322 10 70   | -                         | <b>POP</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                           | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 2021-01-15   |                           |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 606 752 335   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970066982   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZDROWIE ELŻBIETA GLINIAK  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IŁOWA/68-120/SURZYNA 5  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 377 42 58  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 608 476 263   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 364855805   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ESKULAP S.C. Krystyna i Piotr Wojkowscy   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Witnica/66-460/Piaskowa 4   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 95 751 40 86  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 512 072 597   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970488068   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 512 072 597   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (77)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund                                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:  | 509 922 344   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970606705   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund                 | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34                          |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 509 922 344   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (78)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1                               |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 503 3672 62   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 630305230   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1                               |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 376 55 53  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (79)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Katarzyna Błażejewska-Kunefal                             |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KISIELIN                                 | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 320 15 34  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (80)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Maria Ewa Zapotoczna                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 451 90 12  |                              |  |



|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON   | 970679087  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARIMED"          | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25                  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 451 90 12   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (81)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Wioletta Ewa Falandysz-Kuprewicz                         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Itowa/68-120/Kolejowa 7                                  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 377 40 99   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971237351  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska " SALUS " Wioletta Falandysz-Kuprewicz | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Itowa/68-120/Kolejowa 7                                  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 377 40 99   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (82)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Grażyna Czekalska  |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES"       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6                                 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 95 755 55 45   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (83)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Tadeusz Kiwka  |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Zabór                                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zabór/66-003/Polna 5  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 327 40 86  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Filia Praktyki Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Drzonków                              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/66-004/Drzonków-Cisowa 1A  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 321 41 73  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (84)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | JABŁOŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubiszyn/66-433/Mysłiborska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 793 696 380   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 81034378  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "Jabłońscy" Sp. z o.o.  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubiszyn/66-433/Mysłiborska 16  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 95 731 18 29  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (85)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DROVITA" JAROSŁAW I IWONA DROZD SPÓŁKA CYWILNA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 608 417 544   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971224727   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DROVITA" Jarosław i Iwona Drozd                | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 68 372 30 30  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (86)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA RODZINNA IWONA KŁODOWSKA-BIEL  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 388 32 12   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 932049051  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska-Biel  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 388 32 12   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (87)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Hieronim Górzny  |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. Hieronim Górzny | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 381 30 11   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88)</b>  |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | PRAKTYKA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kargowa/66-120/Kościelna 4A  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 607 404 601  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 386274132  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - MARIA SZALEWSKA-KOT                                      | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kargowa/66-120/Kościelna 4A  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 352 56 66   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (89)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA DWORCOWA"   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorzów Wielkopolski/66-400/Dworcowa 13  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 957 392 950   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 10656709  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | FILIA SPZOZ "PRZYCHODNIA DWORCOWA   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOGDANIEC/66-450/LEŚNA 9  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 957 392 950   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (90)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA ZESPOŁU LEKARZA RODZINNEGO "ZDROVITA" MICHNIEWICZ - MAĆKOWIAK, RÓLKA, WIŚNIEWSKA - PRAŁAT, ŚNIEG - SPÓŁKA PARTNERSKA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683 836 074   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971221901   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ-MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MASZEWO/66-614/MASZEWO 111  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 683 831 324   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ-MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 724900034   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-15  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (91)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | "POSTĘP" SPÓŁKA AKCYJNA   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1  |                              |  |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony:  | 684 756 030   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 970626837   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH   | -                         | <b>POP</b>   |
| 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   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH   | -                         | <b>POP</b>   |
| 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   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świebodzin/66-200/Matejki 1   |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 572 012 465   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (92)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Cybinka/69-108/Ślubicka 30  |                           |  |
| telefon/ telefony:  | 683 911 325   |                           |  |
| identyfikator REGON   | 210981001   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Cybinka/69-108/Ślubicka 30  |                           | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 683 911 325   |                           |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rzepin/69-110/Dworcowa 63   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 957 597 734   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 14.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (93)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żary/68-200/Okrzei 9  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 36 34 447  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971290629   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA                                      | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żary/68-200/Okrzei 9  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 36 34 447  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (94)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gubin/66-620/Grunwaldzka16  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 693 855 094   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 080172492   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gubin/66-620/Grunwaldzka16  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 684 510 000   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubsko/68-300/Wrocławska 16a  |                              |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 684 556 844                                  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Polna 1                         |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 683 712 658                                  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Wojska Polskiego 24 |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 684 200 414                                  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytnica/66-630/Bytnica 125                   |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 683 200 099                                  |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bobrowice/66-627/Bobrowice 23                |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 684200414; 693855094                         |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Poznańska 2                    |                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 68 475 77 12                                 |                       | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2021 r.                                |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

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



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (97)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasień/68-320/XX-Lecia 20   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 683711427   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970468143   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jasień/68-320/XX-Lecia 20   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 683 711 427   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (98)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM             |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 35 92 528  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 971241832   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 68 35 92 528  |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (99)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zielona Góra/65-018/Jedności 59   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 68 45 30 100  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 970684272   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa:   | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-018/Jedności 59  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 45 30 100   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (100)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 68 377 71 373  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971237078  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 377 71 373  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (101)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gubin/66-620/Kresowa 2   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 684 751 540  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080037021  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gubin/66-620/Kresowa 2   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 695 345 191  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (102)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:   | 730 580 190  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363385770  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bledzew/66-350/Kościuszki 16   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 574 489 023  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 573 453 808  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Ratownictwa Medyczno-Pożarowego w Dobiegniewie          | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobiegniew/66-520/Staszica 9   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 488 160  |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Medi-Plus Świadczenia Medyczne- Hala Widowiskowo-S   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Oś. Kasztelańskie 8a  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 742 69 49   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 06.05.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (103)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "MEDICUS" ABRAMCZYK, BAKSALARY-PATELKA, BIAŁOWĄS SPÓŁKA PARTNERSKA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 874 870  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970738312  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "Medicus" Spółka Partnerska  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5   |                              |  |

|  |  |                              |                                |                       |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| telefon/ telefony  | 683 874 870  | -                            | <b>1</b>                       |                       |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |                                |                       |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |                                |                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (104)</b> |  |                              |                                |                       |
| nazwa:   | Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łęknica/66-208/Graniczna 7   |                              |                                |                       |
| telefon/ telefony:   | 600 278 423  |                              |                                |                       |
| identyfikator REGON  | 080504178  |                              |                                |                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                              |                                | <b>rodzaj punktu*</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"  | -                            | <b>POP</b>                     |                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łęknica/66-208/Graniczna 7   |                              |                                |                       |
| telefon/ telefony  | 683 752 051  |                              | <b>1</b>                       |                       |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |                                |                       |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |                                |                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (105)</b> |  |                              |                                |                       |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C                                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                       |
| 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>rodzaj punktu*</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C                                       | -                            | <b>POP</b>                     |                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15  |                              |                                |                       |
| telefon/ telefony  | 68 385 21 99; 68 385 23 17   |                              | <b>2</b>                       |                       |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |                                |                       |
| Data wykreślenia z wykazu  | 31.12.2021r.   |                              |                                |                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (106)</b> |  |                              |                                |                       |
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                       |
| 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>rodzaj punktu*</b> |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA<br>LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W GUBINIE     | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gubin/66-620/Kresowa 258   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 684 558 072  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (107)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słońsk/66-436/Puszkina 22  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 957 572 217  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 210213041  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NASZE<br>ZDROWIE "   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słońsk/66-436/Puszkina 22  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 957 572 217  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 11.05.2021 r.  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (108)</b> |  |                           | <b>szczenie personelu</b>                          |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c.<br>Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz<br>Jędras |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 68 32 78 209   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 080559044  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c.<br>Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz<br>Jędras | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 683 278 209  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (109)</b> |  |                           | <b>szczenie personelu</b>                          |
| nazwa:   | Leszek Białek  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasień/68-320/Okrzei 5   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 601 998 300  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 970640843  |                           |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK       | -                     | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Lubsko/68-300/Bohaterów 8   |                       |   |
| telefon/ telefony   | 684 571 680   |                       | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK       | -                     | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Jasień/68-320/Okrzei 5  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 683 710 356   |                       | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (110) |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ŻŁOTOGÓRSKA-LUBECKA |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 683 877 551   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 970744436   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ŻŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | -                     | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58   |                       |   |
| telefon/ telefony   | 683 877 551   |                       | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ŻŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | -                     | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Nowa Sól/67-100/8 Maja 9  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 662 015 900   |                       | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu  | 07.01.2021 r.   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 28.04.2021 r.   |                       |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (111) |   |                       |   |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa:   | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3                                  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 684 197 580   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 366423412   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | -                     | <b>POP</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  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | -                     | <b>POP</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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (112)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | MEDICUS A. KAROŃ-SOBICZEWSKA I A. SOBICZEWSKI SPÓŁKA JAWNA          |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A                           |                       |  |
| identyfikator REGON  | 081038169   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Medicus   | -                     | <b>POP</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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (113)</b> |   | szczenie personelu    | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:   | Marzanna Grażyna Bidzińska  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67                               |                       |  |
| identyfikator REGON  | 970413308   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" | -                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67                               |                       |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 683 278 025  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED"                            | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Leśniów Wielki/66-016/Leśniów Wielki 36  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 211 834  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (114)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SPÓŁKA LEKARSKA "MEDICUS" PIERKOŚ I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA                                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 671 477  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977942004  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska          | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcie 45  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 671 477  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Filia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gozdnica/68-130/Ceramików 30   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 601 081  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (115)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał                              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślibórz/74-300/Kościelna15   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 470 250  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 812346879  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Stawie                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Staw/66-433/Staw 55   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 667 910 250   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (116)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | "ALDEMED" CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 68 353 05 36  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363377516   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka Filia Zastal                              | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-114/Towarowa 20   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 353 06 00  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 353 06 00  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-27  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-547/Oś. Śląskie 5D  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683530600   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-01  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala lekkoatletyczna - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-147/Sulechowska 37  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683530600   |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 16.04.2021/ 21.04.2021 r.   |                              |  |
|  |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu  | 2021-07-24   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (117)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMNIBUS" SPÓŁKA CYWILNA JANUSZ KOŁODZIEJCZYK, IWONA KOŁODZIEJCZYK |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Chrobrego 3  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 601 186 637  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977936446  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMNIBUS" s.c.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Chrobrego 3  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 601 186 637  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (118)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 95 76 21 257   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211010423  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 502 664 948  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (119)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Ossowski Mikołaj NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED"   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 684 571 777  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977919502  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED"                           | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 684 571 777   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  | Krzyszczycze/66-435/Gorzowska 5   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 573 072   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211179381   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krzyszczycze/66-435/Gorzowska 5   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 757 30 72  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (121)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ELŻBIETA ŁAZARÓW-JANIAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELVITA" PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO, PRAKTYKA SPECJALISTYCZNA Z ZAKRESU MEDYCyny RODZINNEJ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 781 191   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970348143   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Elżbieta Łazarów-Janiak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELVITA" Praktyka Lekarza Rodzinnego  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 781 191   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (122)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOVA - MED" SPÓŁKA CYWILNA ANNA HAWĘŁKA, GRZEGORZ HAWĘŁKA  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:   | 68 36 23 264  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971222540   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NOVA- MED" s.c.                         | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 623 264   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (123)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NZOZ "MEDICUS" s.c. Ewa Grzegorzewicz, Roman Karasiewicz, Żaneta Helman         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 68 375 24 29  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971222556   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 752 429   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzebiel/68-212/Tuplicka 2b   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 682 755 062   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 550 291   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970613177   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "VITA" Zespół Lekarza Rodzinnego s.c.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otyń/67-106/Dworcowa 2  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 550 291   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 629 359  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 368884933  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " Przychodnia Lekarza Rodzinnego "                             | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 95 7629359; 796062373  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (126)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 321 528  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 081195331  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 660 512 770  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 200 109  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 361663985  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 683 200 109   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 95 7206810; 95 7250251  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 210465653   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 206 810   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 28.04.2021 r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (129)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C.  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683255330; 683270264  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971232098   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska " ZAMENHOFA " spółka cywilna   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (130)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PORADNIA MEDYCINY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 202 482   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971182733   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa:   | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW"<br>BOŻENA TATARYNOWICZ  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 202 482  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 204 235  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971225359  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ FAMILIA s.c.  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 204 235  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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/AI. Niepodległości 15a   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 780 177 088  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977910470  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulechów/66-100/AI. Niepodległości 15a   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 780 177 088  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (133)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 655 407 140  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971211529  |                              |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|-----------------------|---|
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4   |                       |   |
| telefon/ telefony  | 65 540 71 40  |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu   | 07.01.2021 r.   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (134)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH                              |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8   |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 68 351 41 32  |                       |   |
| identyfikator REGON  | 971311550   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH                              | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8   |                       |   |
| telefon/ telefony  | 68 351 41 32  |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (135)</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 788 354 808, 538 528 497  |                       |   |
| identyfikator REGON  | 977901011   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego  | -                     | POP   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a  |                       |   |
| telefon/ telefony  | 538 528 497   |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (136)</b> |   |                       |   |



|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa:   | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera   | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (137)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA - BODNAR" S.C. |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żdań/68-100/Dąbrowskiego 1   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 606 1326 49 68 477 69 90   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 971231160  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Praktyka Lekarza Rodzinnego "Kowalska - Bodnar" s.c.                                       | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żdań/68-100/Dąbrowskiego 1   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 68 477 69 94   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 2021-07-02   |                           | <b>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (138)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.   |                           |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.   | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (139)</b> |  |                           |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | Izabela Ostrowska   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 502 137 737   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211045396   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ BASIS Przychodnia Lekarza Rodzinnego Izabela Ostrowska   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 735 89 93  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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 |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 742 04 38  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (141)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIEŚŁAWA DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, ARLETA MORYSON                                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 530 250 052, 68 387 46 74   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970751347   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIEŚŁAWA DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, ARLETA MORYSON                                       | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 68 387 46 74   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-07   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (142)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | EUVERSITY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ślubice/69-100/Daszyńskiego 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 503982529 957183084  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 301772379  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Brandmed  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ślubice/69-100/Daszyńskiego 1  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957582649 518011108  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-08   |                              | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (143)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GORZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE MEDI-RAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17                                     |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957835200 wew 1  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 300904710  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gorzowskie Centrum Medyczne Medi-Raj Sp. z o.o.                              | -                            | <b>POP</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   |                              | <b>1</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Przystań Sportów Wodnych                      | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Fabryczna 175                                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 721 63 13   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 23.04.2021 r.  |                              | <b>3</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień MEDI-RAJ   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Kilińskiego 7  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 95 783 52 00   | -                            | 2  |
| Data dodania do wykazu   | 2022-02-04   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 224504500  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 140723603  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne LUX MED.  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 223322849  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-08   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 888844401  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 362768249  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski                    | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 500112504  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 08.01.2021 / 22.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (146)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957412204  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 210963492  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C | -                            | <b>POP</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                         |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-15  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957632557   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 360915580   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA         | -                            | <b>POP</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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA         | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957631181   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211281725   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 509268378   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-15  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (149)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka           |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                       |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 512304465   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 210384890   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka           | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A                       |                           |  |
| telefon/ telefony  | 95 757 59 45  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-15  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (150)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH         |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14                      |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 698691619   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 367581053   |                           |  |
| Data dodania do wykazu   |   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH         | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Muzealna 46                           |                           |  |
| telefon/ telefony  | 667226334   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-15  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zajazd Nadodrze                                       | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bytom Odrzański/67-115/Sadowa 4                       |                           |  |
| telefon/ telefony  | 724567135   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-27  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowosolski Dom Kultury | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Marszałka J. Piłsudskiego 49          |                           |  |
| telefon/ telefony  | 699711845   |                           | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 20.04.2021 r.   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
|  |   |                           |  |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (151)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski   |                           |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski   | -                         | <b>POP</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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski - Punkt Szczepień Żagań Kompleks Widowiskowo-Sportowy "ARENA" | -                         | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (152)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 600664993  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 211202996  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki  | -                         | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (153)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie 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  |                           |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1  |  | szczępienie personelu *      | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|------------------------------|---|
| nazwa:  | Izba Przyjęć   | <b>P</b>                     | <b>-</b>                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Zabór/ 66-003/Zamkowa 1  |                              |   |
| telefon/ telefony   | 68 321 80 08   |                              |   |
| Data dodania do wykazu  | 2021-01-15   |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 2021-04-22   |                              |   |
| Data ponownego dodania do wykazu  | 2021-10-01   |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (154) |  | szczępienie personelu        | szczępienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"                                     | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2  |                              |   |
| telefon/ telefony:  | 95 752 52 23   |                              |   |
| identyfikator REGON   | 210161143  |                              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1  |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"                                     | <b>-</b>                     | <b>POP</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   |  |                              |   |
|   |  |                              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (155) |  | szczępienie personelu        | szczępienie populacyjne                     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA "RODZINNA" W. SZLĘK-KRÓLIKOWSKA & A. SZUMKOWSKA SPÓŁKA JAWNA    | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                       | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a  |                              |   |
| telefon/ telefony:  | 609 665 655  |                              |   |
| identyfikator REGON   | 365405560  |                              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1  |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "Rodzinna"  | <b>-</b>                     | <b>POP</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   |  |                              |   |
|   |  |                              |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (156) |  | szczępienie personelu        | szczępienie populacyjne                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA GANECKA | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>              |
| 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>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA<br>GANECKA | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Konotop/67-416/Polna 1   |                           |  |
| telefon/ telefony  | 68 352 42 79   |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-27   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (157)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE DORMED  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 685 065 222  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 8029650900023  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE DORMED  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 685065222  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 03.02.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE DORMED  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SULECHÓW/66-100/Al. Niepodległości 15  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 685065222  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 16.02.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (158)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Paramedic24 Sp. z o.o.   |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Koniawska 30B  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 601 631 484  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 32148205100029   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Krasowiec  | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krasowiec/66-425/Krasowiec 29  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 577199848  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 05.02.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa                 | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bogdaniec/66-400/Pocztowa 7                                      |                           |  |
| telefon/ telefony  | 577199484  |                           | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 20.04.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 14.12.2021 r.  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - MGOKSiR w Nowogrodzie Bobrzańskim | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowogród Bobrzański/66-010/Pocztowa 7                            |                           |  |
| telefon/ telefony  | 577199484  |                           | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 24.06.2021 r.  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 2            | -                         | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowogród Bobrzański/66-010/Kościuszki 41                         |                           |  |
| telefon/ telefony  | 577199484  |                           | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-06-25   |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień COVID - Paramedic24 Sp. z o.o.                   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Karola Marcinkowskiego 90/27c         |                           |  |
| telefon/ telefony  | 601631484  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 14.12.2021 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień COVID - Paramedic24 Sp. z o.o.                   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bogdaniec/66-450/Mickiewicza 25                                  |                           |  |
| telefon/ telefony  | 577199494  |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.02.2022 r.  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (159)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 683525023  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 97074263800025   |                           |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1   |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|------------------------------|---|
| nazwa:   | Szpital Rehabilitacyjno - Lecznicy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie | -                            | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A                                      |                              |   |
| telefon/ telefony  | 728722158  |                              | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu   | 09.02.2021 r.  |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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                                |                              |   |
| telefon/ telefony:   | 957202036; 95 7202060  |                              |   |
| identyfikator REGON  | 80050814   |                              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1   |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniowski spółka jawna            | -                            | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8                                |                              |   |
| telefon/ telefony  | 730 630 082  |                              | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-12   |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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                             |                              |   |
| telefon/ telefony:   | 723353069  |                              |   |
| identyfikator REGON  | 81006531   |                              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1   |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Magdalena Grzesiak-EM-MED                                      | -                            | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Kościuszki 24A                                  |                              |   |
| telefon/ telefony  | 523245268  |                              | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-12   |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2   |  | rodzaj punktu*               | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Magdalena Grzesiak-EM-MED                                      | -                            | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1                             |                              |   |
| telefon/ telefony  | 957287225  |                              | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-26   |                              |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (162)</b> |  |                              |   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | Dental-Med.   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 608045139   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 08044768700028  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dental-Med.   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 791306910   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-16  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (163)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-301/Głowackiego 8a  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 68 453 62 82  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971285918   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ                        | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-409/Westerplatte 23   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 881452519   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-22  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (164)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Spółka Jawna                          |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (168)</b> | Gorzów Wlkp./66-400/Wełniany Rynek 1/9  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 95 758 01 17  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 81090046  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniowski Sp. J. Poradnia (gabinet) lekarza poz | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słubice/69-100/Mickiewicza 6/7  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 95 758 01 17  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-02-22  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (165)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE                    |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/67-120/Kraszewskiego 16/2                                   |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 669355209  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 80401774   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE                    | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (166)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne                  |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/67-120/Obywatelska 5  |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 606106849  |                           |  |
| identyfikator REGON  | 97002066100059   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne                  | -                         | <b>POP</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>1</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (167)</b> |  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | NZOZ „DENTICO” PORADNIA STOMATOLOGICZNA ANNPATRYCJA HAMPEL SMOLIŃSKA |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                                    |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 601 775 661 , 68 3278037   |                           |  |
| identyfikator REGON  | 97068911100022   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ DENTICO   | -                         | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2                                    |                           |  |
| telefon/ telefony  | 683 278 037  |                           |  |
| Data dodania do wykazu   | 15.03.2021 r.  |                           |  |
|  |  |                           | <b>2</b>   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 332 661   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 21004505200028  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji „Nasze Zdrowie” NZOZ   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (169)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Indywidualna Praktyka Dentystyczna Michał Puciło  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 690 990 500   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 362729522   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Stomatologia Puciło   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 281 237   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 21096334500025  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 281 237   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.03.2021 r.   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (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  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | +48697970134   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 8117758600020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.   | -                            | <b>POP</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/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (172)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Wiktoria-Król Sp. z o.o.   |                              |  |
| 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>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy "Wiktoria-Król" w Radzynie | -                            | <b>PSP</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  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (173)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SZPAK-ART Mariusz Szpakowski   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzepin/69-110/Juliusza Słowackiego 35B/5   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 608106160  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 362627738  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Nowa Dent Gabinet Stomatologa w Sulęcinie                       | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcinek/69-200/Przemysłowa 26  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 608 106 160  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 20.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|  |  |                              | <b>1</b>   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury                    | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzepin/69-110/Słubicka 17   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 608 106 160   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 20.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna w Szkole Podstawowej | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niedoradz/67-106/Markiewiczowej 7                                     |                              |  |
| telefon/ telefony  | 608 106 160   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 22.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 23.12.2021 r.   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Przychodnia                            | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8A                                    |                              |  |
| telefon/ telefony  | 608 106 160   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.12.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica                              | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stary Żagań/68-100/Stary Żagań 6                                      |                              |  |
| telefon/ telefony  | 608 106 160   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 22.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (174)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Praktyka Lekarska Tomasz Szatkowski                                   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Ignacego Paderewskiego 6                   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 606210227   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 81111297  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Lodowisko CSR Słowianka                | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Słowiańska 14                              |                              |  |
| telefon/ telefony  | 506 664 993   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 11.08.2021 r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (175)</b> |   |                              |  |



|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Cholewa | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cybinka/69-108/Słubicka 5                               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 506137768   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 320308894   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica                | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bieganów/69-108/Bieganów 11                             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 783 460 735   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (176)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GPP CORDA Radziszewski i Partnerzy Sp.P                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Kochanowskiego 15/1                        |                              |  |
| identyfikator REGON  | 80490602  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala gimnastyczna        | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łłowa/68-120/Piaskowa 2b                                |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 775 821   |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 22.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (177)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Indywidualna Praktyka Lekarska Jędrzej Przygodzki       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Lipowa 6a/6                          |                              |  |
| identyfikator REGON  | 081092973-0000  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Gminny Ośrodek Kultury   | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wojcieszyce/66-415/Wspólna 45                           |                              |  |
| telefon/ telefony  | 694 284 884   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.04.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 20.10.2021 r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (178)</b> |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa:   | POMAGAM Usługi pielęgniarskie Spółka Jawna<br>K.Bulwan, S.Wrotecka | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Krajeńskie/66-500/Tadeusza Kościuszki 28                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 664 049 291  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 8029374100029  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Strzelecki Ośrodek Kultury          | -                            | <b>PSP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wojska Polskiego 7                      |                              |  |
| telefon/ telefony  | 792665001; 731066500   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień COVID-19 - Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy   | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Krajeńskie/66-500/Kościuszki 28                           |                              |  |
| telefon/ telefony  | 792665001; 731066500   |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.12.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (179)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"            |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1                               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 684 521 558  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971270615  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"            | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1                               |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 452 15 63   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 28.04.2021 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (180)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Małgorzata Chrzanowska   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słońsk/66-436/Sikorskiego 19A                                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 572 217  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080010588  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | " NASZE ZDROWIE "  | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Słońsk/66-436/Puszkina 22  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 957 572 217   | -                            | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 14.05.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (181)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GEMINI PHARM SP. Z O. O.                                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gdynia/ 81-368/ Świętojańska 16                         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 48 798 117 879  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363362986   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Gemini   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 29/1                   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 598 939   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (182)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | FARMACJA MGR FARM.KAROLINA ŁUSIEWICZ                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/1 Maja 3M                               |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 068 458 80 90   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080476252   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka MIÓD MALINA                                      | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/1 Maja 3M                               |                              |  |
| telefon/ telefony  | 512 247 717   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (183)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Vitamina Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łęknica/68-208/Wojska Polskiego 1 A                     |                              |  |
| telefon/ telefony:   |   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 978054607   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Vitamina   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łęknica/68-208/1 Maja 4                                 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 753 416   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (184)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | APTEKA WZGEM SP. z o.o.                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gdańsk/80-309/Grunwaldzka 411                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 48 881 963 077                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363098153                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Gemini                                  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/B. Chrobrego 18                    |                              |  |
| telefon/ telefony  | 684 448 944                                    |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (185)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GL-Pharma Grzegorz Lewandowski                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodawa/66-415/Kościelna 19a/1                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 48 667 938 661                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 364503182                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie                     | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodawa/66-415/Kościelna 19a/1                 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 731 555 369                                    |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (186)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka „GEMINI” HUTTER Sp. z o.o.              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wejherowo/84-202/Harcerska 10                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 48 882 117 893                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 192971708                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Gemini                                  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Sikorskiego 120-121 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 95 717 01 21                                   |                              | <b>4</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 24.06.2021 r.                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (187)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Max-Pharma Sp. z o.o.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rybnik/44-200/Jana III Sobieskiego 1           |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:   | 48 512 171 730                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363886382                                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max                                      | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Marcinkowskiego 8 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 518 302 970                                  |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.07.2021                                   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (188)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GW FARMA Sp. z o.o.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bieruń/43-150/Chemików 3                     |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 48 512 171 730                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 367280848                                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dr Max                                | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Krajeńskie/66-500/Wyzwolenia 4      |                              |  |
| telefon/ telefony  | 502 578 259                                  |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 07.07.2021                                   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (189)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Hygea Med Sp z o.o.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tychy/43-100/Fabryczna 45                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 723 222 553                                  |                              |  |
| identyfikator REGON  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max                                      | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Krakowskie Przedmieście 9      |                              |  |
| telefon/ telefony  | 68 360 78 47                                 |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 16.07.2021                                   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (190)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Pluspharma Sp. z O.O.                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rybnik/44-200/Jana III Sobieskiego 1         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 723 222 553                                  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 243533254                                    |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max                                      |                              | <b>APT</b>   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 2                                | -                            | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 781 785   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 23.07.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (191)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GWM FARM Sp. z o.o.   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Na Skarpie 49/d                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 295 276   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211303540   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZIKO Apteka   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Kazimierza Wielkiego 86              | -                            | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 698 971 305   |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 02.08.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (192)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Rodzinna s.c. Barbara Kiernożek-Wesoły, Tomasz Kiernożek |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/2 Lutego 15A                                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 173 327   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 0800118742  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Rodzinna   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/2 Lutego 15A                                  | -                            | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 957 173 327   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 27.07.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (193)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Rodzinna s.c. Barbara Kiernożek-Wesoły, Tomasz Kiernożek |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/2 Lutego 15A                                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 173 327   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 0800118742  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Rodzinna  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Os. Kasztelańskie 3                          | -                            | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 957 180 450   |                              | <b>2</b>   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu   | 29.07.2021                                      |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (194)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Remedium mgr farm. Zyta Derewlanko sp.j. |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sława/67-410/Ogrodowa 2A                        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 567 272                                     |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971184086                                       |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Remedium  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sława/67-410/Ogrodowa 2A                        |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 567 272                                     |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 03.08.2021                                      |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (195)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka pod Św. Franciszkiem sp. z o.o.          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków/30-716/Albatrosów 1                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 665 614 430                                     |                              |  |
| identyfikator REGON  | 072851667                                       |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dbam o Zdrowie                           | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Bracka 17                          |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 736 697 648                                     |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 05.08.2021                                      |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (196)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka "ELIXIR" Lila Łozyniak-Marciniuk         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/67-120/Szprotawska 16                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 696 940 373                                     |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970726540                                       |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Od Serca                                 | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Koźuchów/67-120/Legnicka 19                     |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 070 300                                     |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 10.08.2021                                      |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (197)</b> |   |                              |  |

|  |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| nazwa:   | SUPER LEK SP. Z O.O                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gdynia/ 81-340/ A. Hryniewickiego 6c/41               |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 48 694 961 908  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 360145136   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | DOM LEKÓW   | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ Sikorskiego 126          |                    |   |
| telefon/ telefony  | 95 727 76 38  |                    | 3   |
| Data dodania do wykazu   | 25.08.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (198)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | Pharma Apteki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łódź/94-406/Kinga C. Gillette 11                      |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 665 614 430   |                    |   |
| identyfikator REGON  | 15503270  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie                             | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-058/Kupiecka 25                       |                    |   |
| telefon/ telefony  | 736 697 647   |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu   | 25.08.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (199)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O.                         |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa/02-672/Domaniewska 48                        |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 48 225 470 400  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 16317049  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SUPER-PHARM APTEKA                                    | -                  | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Przemysłowa 2/H.0.44       |                    |   |
| telefon/ telefony  | 957 881 920   |                    | 1   |
| Data dodania do wykazu   | 25.08.2021  |                    |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (200)</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:   | SUPER LEK SP. Z O.O                                   |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gdynia/ 81-340/ A. Hryniewickiego 6c/41               |                    |   |
| telefon/ telefony:   | 48 666 890 136  |                    |   |
| identyfikator REGON  | 360145136   |                    |   |



|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOM LEKÓW   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ Słoneczna 6/3          |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 185 496   |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 27.08.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (201)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Słoneczna s.c. Alicja Oleksa, Jędrzej Oleksa |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ Słoneczna 50-51        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 250 203   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080132452   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie Słoneczna                 | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ Słoneczna 50-51        |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 250 203   |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 06.09.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (202)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | LFK sp. z o.o.                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Katowice/40-058/M. Skłodowskiej-Curie 22/23         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 717 994 600   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 360100790   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 57                   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 413 303   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 13.09.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (203)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Polskie Apteki Familijne Sp. z o.o.                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa/00-517/Marszałkowska 80                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 785 869 870   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 020432936   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dbam o Zdrowie                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 2             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 736 697 941   |                              | <b>2</b>   |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu   | 23.09.2021                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (204)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | APTEKA "RUMIANEK" KAMILLE-PHARMA ANNA ROGULS   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szprotawa/67-300/Gen. Władysława Andersa13     |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 4 515 194 896                                  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977956160                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Rumianek 2"                                    | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Małomice/67-320/T. Kościuszki 9                |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 684 448 252                                    |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-01                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (205)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Karolina Jańczak                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-410/Fabryczna 15 A             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 609 163 166                                    |                              |  |
| identyfikator REGON  | 022023308                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOZ Apteka. Dbam o zdrowie. Apteka w Biedronce | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-410/Fabryczna 15 A             |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 416 945                                    |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-01                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (206)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Karolina Jańczak                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-410/Fabryczna 15 A             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 609 163 166                                    |                              |  |
| identyfikator REGON  | 022023308                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOZ Apteka.Dbam o zdrowie. Przy Biedronce.     | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-364/Kożuchowska 8              |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony  | 733883395                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-01                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (207)</b> |  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa:   | Targowa sp.j. Janusz Nowicki i Rafał Żuberek       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-539/Powstańców Warszawy 5/5        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 257 557  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971279674  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Targowa                                     | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Lotników 16                            |                              | <b>5</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 746 429  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-04   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (208)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Truskawkowa Sp. z o.o                              |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-129/Truskawkowa 1b                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 207 995  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 362417662  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Truskawkowa                                 | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-129/Truskawkowa 1b                 |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 207 995  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-04   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (209)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Nowa spółka jawna                           |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Plac Wolności 6                  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 823 857  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 970408218  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Nowa  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodzin/66-200/Plac Wolności 6                  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 823 857  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-10-12   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (210)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIKAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Kazimierza Wielkiego 47 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 664 144 880  |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| identyfikator REGON  | 389948068                                   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Nikap                           | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wojcieszycze/66-415/Wspólna 45              |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 604 499 607                                 |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 27.10.2021 r.                               |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (211)</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b> | <b>szczerzenie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka JFM sp. z o.o.                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-548/Os.Pomorskie 5A         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 736 697 646                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080157920                                   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dbam o Zdrowie                       | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-548/Os.Pomorskie 5A         |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 736 697 646                                 |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-11-08                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (212)</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b> | <b>szczerzenie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Kunicka Ewa Rogus                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Bohaterów Getta 14              |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 684 510 232                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080371292                                   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteką Kunicka                              | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Grunwaldzka 17A                 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 684 510 232                                 |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-11-30                                  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (213)</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b> | <b>szczerzenie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Eurofarmacja + Sp. z o.o.                   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Katowice/40-058/M. Skłodowskiej-Curie 22/23 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 717 994 600                                 |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363886382                                   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka DR.MAX                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Krzywoustego 4A         |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 957 277 036                               | -                            | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-08                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (214)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | MAX_PHARMA Sp. z o.o.                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rybnik/44-200/Jana III Sobieskiego 1      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 515 864 881                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 363886382                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka DR.MAX                             | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Aleksandra Fredry 10A |                              |  |
| telefon/ telefony  | 518 302 983                               |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-08                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (215)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GWM Sp. zo.o.                             |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Na Skarpie 49D        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 295 276                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211069586                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZIKO Apteka                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp/66-400/Psudskiego 46H         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 126 875 747                               |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-14                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (216)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GWM Plus Sp. zo.o.                        |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Na Skarpie 49D        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 223 283                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 080194163                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZIKO Apteka                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp/66-400/Gwiaździsta 16         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 958 809 997                               |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-14                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (217)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | AQUAPHARM Sp.zo.o. Sp.k.                                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bezrzecze/41-220/Starowiejska 2                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 180 297   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 364597540   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Centrum Zdrowia                                      | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Pineckiego 1                                 |                              |  |
| telefon/ telefony  | 506 222 313   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-20  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (218)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | JFARMA Sp. z o.o.   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Konin/62-510/Hurtowa 2                                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 632 430 969   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 361042830   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka „Prima”  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 10N                        |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 590 011   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-22  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (219)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ŚW. KOSMY I DAMIANA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/50-555/Krynicka 7/9                                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 698 666 240   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 022178815   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie                                   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-945/Budziszyńska 10                         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 885 523 899   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-22  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (220)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Przedsiębiorstwo Handlowo Usługowe RUTINA Zenobia Anders    |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/56-001/Wiśniowa 12                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 668 115 363   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 978118419   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Jaskółcza  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-472/Kukułcza 10/1                           |                              |  |
| telefon/ telefony  | 881 914 276   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2021-12-30  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (221)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteka Monika Mikulska                                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Wieniawskiego 16                                |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 683 749 947   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 387373920   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Farmed Monika Mikulska                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/68-200/Wieniawskiego 16                                |                              |  |
| telefon/ telefony  | 683 749 947   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-17  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (222)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Avena Sativa sp. z o.o.                                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczecin/71-680/Komuny Paryskiej 40                         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 422 007 341   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 0812418774  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dbam o Zdrowie  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1E                         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 736 698 134   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-18  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (223)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ŚW. KOSMY I DAMIANA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/50-555/Krynicka 7/9                                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 698 666 240   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 022178815   |                              |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dbam o Zdrowie                            | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulechów/66-100/Biskupa Wilhelma Pluty 5  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 885 523 898                               |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-20                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (224)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | BB Lek sp.z o.o.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-382/Makowa 14             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 502 428 828                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 977990718                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Alba                               | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-119/Rzeźniczaka 3A        |                              |  |
| telefon/ telefony  | 684 553 007                               |                              | <b>3</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-24                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (225)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Salus Sp. z o.o.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ruda Śląska/41-709/Piotra Niedurnego 83/1 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 602 381 033                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 971263561                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max                                   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/Kazimierza Żłotka 1         |                              |  |
| telefon/ telefony  | 506 809 157                               |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-24                                |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (226)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Pharmaland Sp. Z o. o.                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polkowice/59-100/Browarna 12              |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 767 468 850                               |                              |  |
| identyfikator REGON  | 020446915                                 |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Zdrojowa                           |                              | <b>ADT</b>   |



|  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-153/Zdrojowa 2              | -                         | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 684 539 142                                 |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-01-27                                  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (227)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | LFH Sp. z o. o.                             |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Katowice/40-058/M. Skłodowskiej-Curie 22/23 |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 683 601 249                                 |                           |  |
| identyfikator REGON  | 360100790                                   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dr.Max                               | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulechów/66-100/Gen. Sikorskiego 18a        |                           |  |
| telefon/ telefony  | 683 601 249                                 |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-02-01                                  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (228)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | LFH Sp. z o. o.                             |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Katowice/40-058/M. Skłodowskiej-Curie 22/23 |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 683 601 249                                 |                           |  |
| identyfikator REGON  | 360100790                                   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Dr.Max                               | -                         | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulechów/66-100/Gen. Sikorskiego 18a        |                           |  |
| telefon/ telefony  | 683 601 249                                 |                           | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-02-01                                  |                           |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (229)</b> |   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:   | BRL CENTER-POLSKA SP. Z O.O.                |                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/54-613/Krzemieńska 60A              |                           |  |
| telefon/ telefony:   | 515 080 317                                 |                           |  |
| identyfikator REGON  | 932836174                                   |                           |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>     | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dr. Max                                     |                           | <b>APT</b>   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-067/Stary Rynek 20                    | -                            | <b>AP I</b>  |
| telefon/ telefony  | 683 299 353   |                              | <b>1</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 2022-02-04  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (230)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Zakład Rehabilitacji Leczniczej Cecylia Kiełbratowska |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/H. Sucharskiego 6A                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 692 791 635   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 97049164000054  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień COVID - Centrum Rehabilitacji         |                              | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsko/68-300/H. Sucharskiego 6A                      | -                            | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 692 791 635   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 07.02.2022 r.   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (231)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Apteki Julia Katkowska-Borowczak                      |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rakoniewice/62-067/Grodziska 13a/1                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 690 448 087   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 369728187   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Moderna 13                                     |                              | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a             | -                            | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony  | 683 227 170   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 09.02.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (232)</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | GWM Sp. z o. o.                                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Na Skarpie 49d             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 295 276   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 211069586   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZIKO APTEKA   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wielkopolski/66-400/Szarych Szeregów 38         | -                            | <b>APT</b>   |
| telefon/ telefony  | 95 880 991   |                              | <b>2</b>   |
| Data dodania do wykazu   | 15.02.2022   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (233)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Asdent Joanna Łukomska Gabinet stomatologiczny         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Poznańska 1                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 792075309  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 341486501  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień COVID - ASDENT Gabinet stomatologiczny | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sulęcín/69-200/Poznańska 1                             |                              |  |
| telefon/ telefony  | 792912222  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 28.02.2022 r.  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (234)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PZF Cefarm Warszawa S.A.                               |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Katowice/40-541/Szopienicka 77                         |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 957 282 933  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 012859010  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Apteka Cef@rm 36.6                                     | -                            | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Wlkp./66-400/Górczyńska 23                      |                              |  |
| telefon/ telefony  | 957 282 933  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 10.03.2022   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą/podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (235)</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Hipokrates Sp z o.o.                                   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Złocieniec/78-520/Plac 650-lecia 1/3                   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 797 588 990  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 364462997  |                              |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------|---|
| nazwa:  | Apteka Hipokrates                                     | -              | <b>APT</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Danuta Siedzikówny-Inki<br>19A/H4 |                |   |
| telefon/ telefony                                 | 799 714 916   |                | <b>1</b>                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 30.03.2022  |                |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                |   |

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

## CZĘŚĆ IIA.

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> | <b>wykreślenie z wykazu z dniem 26.01.2022 r.</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 |

**CZĘŚĆ IIB.**

**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  |  |                        |