

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000288685  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                                 | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 20 00, +48 12 400 20 12, +48 400 20 47  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Zakład Diagnostyki   |                                 |          |             |            |                                     | x                                  |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 36 99   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                 |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Oddział Klinicznym Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży   |                                 | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kopernika 21A, 31-034 Kraków   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 424 87 06, +48 12 424 87 40   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000630161  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE                              |                                 | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | + 48 12 622 94 03, + 48 12 622 93 90, + 48 12 622 95 02  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Izolatorium prowadzone przez SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE |                                 |          | x           |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 33-332, ul. Stanisława Klimeckiego 24  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | + 48 12 656 19 42, 889-402-924   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                 |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | + 48 12622 92 60, +48 12 622 94 15, +48 12 622 92 26   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myslenicach   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000300570  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myslenicach   |                                 | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-03-50, +48 12 273-03-54   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                 |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-02-50, +48 12 273-02-17, +48 12 273-02-12   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |



|  |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
|--|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50                          |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000304361  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                        | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | + 48 14 644 32 61, + 48 14 644 32 88                           |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | + 48 14 644 33 00, + 48 14 644 32 22, + 48 14 644 33 04        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny                                  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   | x |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 14 6443 288  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>  | katalog realizowanych świadczeń                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| nazwa:   | Nowy Szpital w Olkusz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                              |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | + 48 41 240 1200   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| identyfikator REGON                                | 320592435  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Nowy Szpital w Olkusz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                              |                        | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | + 48 41 240 1272, + 48 41 240 1276                             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Punkt pobrania   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                              |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   | x |  |
| telefon/ telefony                                  | + 48 41 240 12 45, + 48 509 901 696                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  | katalog realizowanych świadczeń                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000300593  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                        | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 386 52 10, + 48 12 386 52 11, +48 12 386 51 60          |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 386 51 22   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Punkt Pobrania w Izbie Przyjęć Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   | x |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 386 52 10, +48 12 386 52 75                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | katalog realizowanych świadczeń                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| nazwa:   | Szpital Św. Anny w Miechowie                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                               |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 41 38 20 100   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000304384  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Szpital Św. Anny w Miechowie                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                               |                        | x        |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| telefon/ telefony                                  | + 48 41 38 20 289, + 48 41 38 20 364, + 48 41 38 20 299        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |   |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                               |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |   |  |



|  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
|--|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 330 17 00  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000304378   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Limanowej imienia Miłosierdzia Bożego (1 zespół transportu sanitarnego)   | 1                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 18 330 17 00 wew. 845; 846; 858; 859  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| nazwa:   | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 351618159   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA (1 zespół transportu sanitarnego)  | 1                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| nazwa:   | POWIATOWA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W TARNOWIE   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Al. Matki Bożej Fatimskiej 2, 33-100 Tarnów   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 14 621 77 91  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 851763213   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | POWIATOWA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W TARNOWIE (1 zespół transportu sanitarnego)   | 1                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Al. Matki Bożej Fatimskiej 2, 33-100 Tarnów   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| nazwa:   | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Kraków 31 - 542, ul. Kordylewskiego 4   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 430 22 08, +48 12 378 49 04  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 121205547   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. (2 zespoły transportu sanitarnego)   | 2                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Kraków 31 - 535, ul. Gęsia 22a  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| nazwa:   | Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o.S.k.   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Stara Iwiczna k. Piaseczna, 05-500 Piaseczno, ul. Nowa 6  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. 733-686-310  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 036084905   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | Dentobus - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów u których potwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. 792-420-613  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| nazwa:   | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 63 08 301  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 351506868   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |
| nazwa:   | Poradnia stomatologiczna - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów podejrzanych o zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 63 08 301  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |  |





|  |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
|--|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|
| identyfikator REGON                                | 000300587   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój   |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 47 32 400, +48 18 47 32 100   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Punkt Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 505 668 356  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000311510   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 160 15, +48 18 20 160 16                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Punkt Pobrań  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 842 37 42   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000304409   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim   |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 +48 33 8448 402 +48 33 8448 387, +48 33 8448 329                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| nazwa:   | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000306466   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centralną Izbą Przyjęć  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice   |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Punkt pobrań  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 872 31 00   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000304415   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka  |                        |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, +48 33 872 34 04 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |  |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| nazwa:  | Szpital Powiatowy w Chrzanowie   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000310108  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                   |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 32 624 - 70 - 08, +48 32 624 - 74 - 95  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 662 10 00  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000304355  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                   |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 165, +48 14 66 21 285, +48 14 66 21 166  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Punkt Pobrania   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 166  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych                                      |                                   |          |             |            |                                     | x                                  |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 225 lub +48 14 66 21 330 lub +48 14 66 21 227                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 35 -53-200   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000308614  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                   |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 35-53-505, +48 18 35-53-501  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, punkt pobrania                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 504 606 428   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wierickiej |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 61 53 400  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000304349  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                   |          |             |            |                                     |                                    | x                                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 61 53 262, +48 14 61 53 302  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:  | Punkt Pobrania przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     | x   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 662 021 204   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| nazwa:  | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |   |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|--|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00                       |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 357207664   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków                            |  |                 |                    |                   |  |   | x  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472                       |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | CM UNIMED sp. z o.o   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7                            |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 415 81 12  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 357197049   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7                            |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 415 81 12  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | Karolina Werchowicka- Pardygał i Tomasz Pardygał Spółka Jawna |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-698, ul. Rymanowska 7                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 399 49 60;   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 368801261   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-394, ul. Skotnicka 230A                            |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 399 49 60;   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | STOMATOLOGIA EL-DENT  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żegocina, 32-731, Żegocina 232                                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 604 218 963   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 851807270   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia stomatologiczna                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żegocina, 32-731, Żegocina 232                                |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 604 218 963   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | "Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.                   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój                           |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 26 77 001   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 120480323   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój                           |  |                 |                    |                   |  |   |  | X  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 26 85 735, +48 18 26 85 721, +48 18 26 85 771     |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | NZO2 KRAK-MEDYK Sp. z o.o.                                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-455, ul Ulanów 29                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 508 299 646   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 357111728   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrząsowice, 32-040, ul. Brzezi 99                             |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 346 18 07  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | Familla Medicina Spółka z o.o                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iwanowice Włościańskie, 32-095, Iwanowice Włościańskie 159    |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 696 290 621   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 123227990   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przybysławice, 32-046, Przybysławice 78                       |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 604 503 149   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B                                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 605 101 205   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 850509056   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B                                |  |                 |                    | X                 |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 14 684 60 09  |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |  |  |  |

|  |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ląpsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 887 234 036  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 490529927  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |  | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2. |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ląpsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169  |  |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 18 265 93 98   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| nazwa:   | Włodzimierz Miniewicz MW-med   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 12 292 71 71   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 290133495  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |  | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2  |  |
| nazwa:   | Poradnia okulistyczna  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A  |  |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 12 292 71 71   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| nazwa:   | Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno - Zabiegowe MEDICINA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 12 245 70 01   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 8397907  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |  | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-559, ul. Grzegorzeczka 67C  |  |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 12 345 70 01   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| nazwa:   | SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobczyce, 32-410, ul. Zarabie 35C  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 12 271 009 00  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 120778092  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |  | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2  |  |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobczyce, 32-410, ul. Zarabie 35C  |  |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 12 271 009 00  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |  |

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu  
\*\* liczba zespołów w danym miejscu